**雇用証書**

私どもは、下記の事項を条件として雇用関係にあることを証します。

　　年　　月　　日

雇用者　　住　所

氏　名

被雇用者　住　所

氏　名

記

１．業　　務　（該当欄に○をすること）

人用医薬品

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 薬局の管理者 |  |  | 高度管理医療機器等販売業・貸与業営業所管理者 |
|  | 店舗管理者（薬剤師） |  |  | 管理医療機器等販売業・貸与業営業所管理者 |
|  | 店舗管理者（登録販売者） |  |  | 再生医療等製品販売業の営業所管理者 |
|  | 卸売販売業営業所管理者（薬剤師） |  |  |  |
|  | 卸売販売業営業所管理者（登録販売者） |  |  |  |
|  | 管理者以外の薬剤師 |  |  |  |
|  | 管理者以外の登録販売者 |  |  |  |

動物用医薬品

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 店舗管理者（薬剤師） |  |  | 高度管理医療機器等販売業・貸与業営業所管理者 |
|  | 店舗管理者（登録販売者） |  |  | 管理医療機器等販売業・貸与業営業所管理者 |
|  | 卸売販売業営業所管理者（薬剤師） |  |  | 再生医療等製品販売業の営業所管理者 |
|  | 卸売販売業営業所管理者（登録販売者） |  |  |  |
|  | 管理者以外の薬剤師 |  |  |  |
|  | 管理者以外の登録販売者 |  |  |  |

２．勤務場所　　　名　称

所在地

３．勤務時間

４．雇用形態　　常　勤　　・　　非常勤