|  |
| --- |
| 雇　用　証　書  　　次の者を下記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（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  　　 　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）    　　被雇用者 住所　〒  　 　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記  １　業務 　　□薬局の管理者　□薬局製剤の製造管理者　□薬局製剤の総括製造販売責任者  □店舗管理者　□高度管理医療機器等営業所管理者  □その他の薬剤師　□その他の登録販売者　□毒物劇物取扱責任者  ２ 勤務地　　　所在地  名称  ３　勤務時間 　　　 時　　　分から 時　　　分まで  ４ 休日  ５ 給料 |

※業務欄は、該当する箇所に印（☑）をつけてください。