

証 書

私どもは、下記の事項を条件として使用関係にあることを証します。

年 月 日

雇 用 者 住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

被雇用者 住 所

氏 名

生年月日

記

1 業 務 (括弧内に○をすること。)

() 薬局の管理者

() 店舗管理者 (薬剤師)

() 店舗管理者 (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

() 医薬品営業所管理者 (薬剤師)

() 医薬品営業所管理者 (みなし合格登録販売者【第二類医薬品又は第三類医薬品のみの販売】)

() 医薬品営業所管理者 (指定卸売医療用ガス類 ・ 指定卸売歯科用医薬品)

() 薬局製造販売医薬品製造販売業の医薬品総括製造販売責任者

() 薬局製造販売医薬品製造業の医薬品製造管理者

() 高度管理医療機器等営業所管理者

() 再生医療等製品営業所管理者

2 勤務場所 名 称

所在地

3 就業時間 時 分から 時 分まで

休憩時間

休 日

4 雇用形態 常 勤 ・ 非常勤 ・ 派遣