**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

住　所

雇用者

氏　名

住　所

被雇用者

氏　名

記

１．業　　務　　　薬局管理者・店舗管理者（薬剤師・登録販売者）

その他薬剤師・その他登録販売者

営業所管理者（薬剤師・登録販売者・医療用ガス類・歯科用医薬品）

　　　　　　　　　薬局製剤製造管理者・薬局製剤総括製造販売責任者

　　　　　　　　　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

毒物劇物取扱責任者

２．勤務場所　　　　名　称：

所在地：

３．雇用形態 　常　勤　　・　　非常勤

【記載上の注意】

１．雇用主が法人の場合は、主たる事務所の所在地・名称・代表者名を記載のこと。

　２．該当する事項に○を付けること。