雇用関係証明書

令和　　　年　　月　　日

下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

法人にあっては主たる事務所の所在地

雇用者　　　 住所

法人にあっては法人の名称及び代表者の氏名

氏名

〒　　　－

被雇用者　　　 住所

（管理者）　 　氏名

記

１　業務内容

　　医薬品医療機器等法に基づく以下の業務（複数選択可）

□薬局における管理者の業務

□薬局製剤製造業及び製造販売業における製造管理者及び総括製造販売責任者の業務

□店舗販売業における管理者の業務

□高度管理医療機器等販売業貸与業における管理者の業務

２　勤務店舗・営業所

　　　名　称

　　　所在地

　　　許可番号

３　勤務日及び勤務時間

　　　勤務日　　　　　　　　　　　　勤務時間　　　時　　分～　　時　　分

（週当たり勤務時間数）　　　　　　時間

４　勤務開始日

　　　□令和　　　　年　　月　　日から　・　□許可開始日から（新規申請時のみ選択可）

５　上記店舗・営業所以外において薬事に関する業務に従事しない。