

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。