

証 書

私どもは下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

平成 年 月 日

雇用者 住 所

氏 名

印

被用者 住 所

氏 名

印

- 1 業 務 管理者、その他の薬剤師、責任技術者、毒物劇物取扱責任者
- 2 勤務時間 午前 時 分から午後 時 分まで
(休日) (店舗の休日)
- 3 給 料 金 円也 (ただし 年額、月額、週額、日額)

備 考

- 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 該当するものを○で囲むこと。