

雇用関係証明書

令和〇年 〇月 〇日

雇用者 住所 法人にあつては、主たる事務所の所在地 〒〇〇〇—〇〇〇〇
高知市〇〇町〇〇—△△

氏名 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 株式会社〇〇医療機器サービス
代表取締役 〇〇〇一郎

被雇用者 住所 高知市〇〇〇町〇丁目〇〇番地

氏名 機器 太郎

下記条件のもとに雇用関係にあることを証します。

記

1 勤務場所の所在地及び名称

高知市〇〇町〇〇〇—〇〇〇 〇〇ビル1階
株式会社〇〇医療機器サービス 高知支店

2 勤務内容

- (1) 管理薬剤師 (2) その他の薬剤師
(3) **高度管理医療機器等営業所管理者** (4) 毒物劇物取扱責任者
(5) その他 ()

3 勤務時間

月曜日から金曜日
午前 9時から午後 6時まで
土曜日
午前 9時から午後 1時まで

4 休日

休日：日曜日、祝祭日
店舗閉店日：日曜日、祝祭日

5 雇用関係発生日

令和〇年 〇月 〇日

6 その他の勤務条件等(参考事項)

自家用車で通勤(通勤時間 15分)