

年 月 日

大阪府知事 様

雇用者の住 所 〒

氏 名

代表取締役

被雇用者の住 所 〒

氏 名

- 区域管理者 (薬剤師・ 登録販売者)
- 実務従事者 (薬剤師・ 登録販売者・ 一般)

雇用関係証明書

私どもは、下記の条件で雇用関係にあることを証します。

記

1. 配置区域 大阪府
2. 勤務時間 午前 時 分から午後 時 分 まで
3. 休 日