（動物用配置販売業用）

|  |
| --- |
| 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 |