# **様式第8－1号「雇用証書」（医薬品）**

|  |
| --- |
| 雇用証書　私どもは、次の事項を条件として雇用関係にあることを証します。１　業　　務　　　　店舗管理者（薬剤師・登録販売者）　　　　　　　　　　医薬品営業所管理者（薬剤師・登録販売者）　　　　　　　　　　区域管理者（薬剤師・登録販売者）　　　　　　　　　　管理者以外の薬剤師　　　　　　　　　　管理者以外の登録販売者　　　　　　　　　　配置員２　勤務場所　　　　名称　　　　　　　　　　所在地３　勤務時間　　　　午前　　時　　分から午後　　時　　分まで４　休　　日　　　　　　　　年　　月　　日　雇用者　　住所　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　被雇用者　住所　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（日本産業規格Ａ４）

備考

１　該当する事項を○で囲むこと

２　上記内容を満たす既存資料等に代える場合にあっては、当該資料を添付すること