　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（参考様式５）

雇用（勤務）証明書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 労働者 | ふりがな |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日生 | |
| 氏名 |  | | | |
| 現住所 |  | | | | | | |
| 電話番号 | | | | |  | |
| 上記の者について，次の労働条件で雇用（勤務）していることを証明します。 | | | | | | | | |
| 雇用期間 | | | □期間の定めなし：　　　年　　月　　日雇入れ  □期間の定めあり：　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | |
| 就業の場所 | | |  | | | | | |
| 従事する業務の　内容 | | | □管理薬剤師 　　 □その他の薬剤師 　 □毒物劇物取扱責任者  □管理登録販売者 □その他の登録販売者 □営業所管理者  □医療機器販売（賃貸）管理者 | | | | | |
| 就業(休憩)の時間 | | | 時　　分　～　　時　　分（　　 時　　分　～　 　時　　分） | | | | | |
| 店舗等の営業時間 | | | 時　　　分　～　　　　時　　　分 | | | | | |
| 休日 | | |  | | | | | |
| 賃金（報酬） | | | 円（ □月給 □日給 □時給 □年給 □その他 ） | | | | | |
| その他 | | |  | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 雇用者 | | | | 住所 |  | | | |
|  | | | | 氏名 |  | | |  |
|  | | | | | | | | |

（備考）

１　雇用者が法人の場合にあっては，主たる事務所の所在地，名称及び代表者の氏名を記載し，代表者印を押印すること。

２　就業の場所，就業の時間等欄にその記載事項のすべてを記載することができないときは，同欄に「別紙のとおり」と記載し，別紙（店舗毎における週当たりの通常の勤務体制一覧表等）を添付すること。

３　労働（勤務）者が，申請者又は法人の役員の場合は，当該店舗等における勤務の状況として記載すること。