

## 雇用証明書

労 働 者	ふりがな 氏 名	① いばらき はなこ 茨城 花子 ② 生年月日 平成△△年 △△月 △△日 生
	住 所	土浦市〇〇町△△△-△△ TEL 090-XXXX-XXXX

以下の条件で雇用関係にあることを証明します。

勤 務 地	名 称	③ 県庁薬局 つくば店 <u>(配置の場合:未記入)</u>
	所 在 地	④ つくば市〇〇 △丁目△△ <u>(配置の場合:茨城県一円)</u>
仕 事 の 内 容	⑤ 一般用医薬品の販売	
勤 務 時 間	⑥ 午前・ <b>午後</b> 9時 00分から 午前・ <b>午後</b> 5時 00分まで	
休 憩 の 時 間	就業規則に準ずる	
休 日	就業規則に準ずる	
賃 金	就業規則に準ずる	
そ の 他		

証明日 令和△年△△月△△日

証明者 住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)  
**水戸市〇〇町△△-△**

氏 名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)  
**株式会社県庁薬局**  
**代表取締役社長 薬務 太郎**

**<記載上の注意点>**

- ① 戸籍謄本及び抄本と同様の文字どおりに氏名及びふりがなを記載。
- ② 外国籍の場合は西暦で記載。
- ③ 配置販売業の場合は、勤務地名称を空欄とする。
- ④ 配置販売業の場合は、勤務する「区域」を記載。
- ⑤ 登録販売者の場合は、「一般用医薬品の販売」と記載。
- ⑥ 「勤務時間」「休憩の時間」「休日」「賃金」について勤務内容を記載。