（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　　 |