

雇用(使用)関係証明書

下記事項を条件として雇用(使用)関係にあることを証します。

年 月 日

雇用(使用)者 住所 _____

氏名 _____ 印

被雇用(使用)者 住所 _____

(営業所管理者)

氏名 _____ 印

記

1 業務内容

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく
高度管理医療機器等販売業・貸与業の営業所管理者の業務

2 勤務営業所

名 称 _____

所在地 _____

許可の区分 _____ 許可番号 _____

3 勤務日及び勤務時間

勤務日 _____ 勤務時間 時 分～ 時 分

(週当たり勤務時間数) _____ 時間

(注意)

- 1 雇用者が法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称、代表者名を記載すること。
- 2 直接雇用の場合は「(使用)」の文字を二重線で消してください。
- 3 上記の業務内容の欄は申請の内容に応じて「販売業」又は「貸与業」の文字を二重線で消してください。
- 4 医薬品医療機器等法第39条の2第2項の許可を受けて管理者を兼務させる場合にあつては、兵庫県知事の兼務許可を受けたことを証する書類を添付してください。また、勤務営業所欄に併記してください。