

証 書

私どもは下記事項を条件として使用(雇用)関係にあることを証します。

令和4 年 1月 1日

使用者(雇用者) 住 所 **東京都中央区●●一丁目2番3号**
氏 名 **都庁メディカル株式会社**
代表取締役 健康一

法人の場合は、登記上の本店住所、商号及び代表者氏名を、登記事項証明書のとおりに記載してください。

被使用者(被雇用者) 住 所 **東京都港区港南〇〇〇〇**
氏 名 **東京 太郎**

記

担当する業務を選んでください。

1 業 務 : **総括製造販売責任者** 責任技術者・製造管理者
総括製造販売責任者補佐薬剤師

2 勤務時間 : 午前 **9時 00分** から 午後 **6時 00分**

3 休 日 : **土・日・祝日、年末年始、夏季休暇**

休日は具体的に記載してください。

「会社の定める日」等、客観的に勤務状況がわからない記載は不可。