

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 **都庁医療株式会社**
代表取締役 健康 進

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 **東京都杉並区△△X-X-X**
氏 名 **医療 衛生**

担当する業務を選んでください。
医療機器製造業及び修理業の場合は、責任技術者を選んでください。
体外診断用医薬品製造業の場合は、製造管理者を選んでください。

記

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。