

雇 用 関 係 申 告 書

(被雇用者氏名) は (雇用者氏名) の経営する
(店舗等名称) の(管理者・その他の従事者)(薬剤師・登録販売者)
として下記のとおり雇用関係にあることを申告します。

年 月 日

雇 用 者 住 所
氏 名 印

被雇用者 住 所
氏 名 印

愛媛県知事 様
(愛媛県 保健所長 様)

記

- 1 従事場所 名称
所在地
- 2 勤務時間
- 3 休 日