

証 書

私どもは下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

令和 年〇〇月 日

雇用者
(申請者)

住 所 東京都千代田区霞が関2 - 1 - 1

氏 名 株式会社 コバトン化粧品
代表取締役 小羽 トン

印

被雇用者

総括製造販売責任者、
管理者又は責任技術者

住 所 埼玉県さいたま市浦和区高砂

氏 名 小羽 順子

印

記

1 業 務 医薬部外品製造販売業の総括製造販売責任者

2 勤務時間 午前 8 時 30 分 から
午後 5 時 30 分 まで

3 休 日 土曜日、日曜日、祝祭日及び年末年始