**様式第八十四**（第百五十二条関係）

配置従事者身分証明書交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者の氏名ふ り が な |  |
| 申請者の生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 申請者の種別 | 薬　剤　師　・　登録販売者　・　一般従事者 |
| 配置販売業者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 許可番号及び年月日 |  |
| 備考 | 配置区域新　規　・　継　続（身分証明書番号第　　　号）薬剤師　・　登録販売者（番号　　　　　　　　）連絡先電話番号 |

上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

　　　　　年　　　月　　　日

申請者住所

申請者氏名

千葉県知事　　　　　　様

担当者氏名

電話番号

（注意）

１　用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

２　字は、墨、インク等を用い、書ではつきりと書くこと。