

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

申請者のふりがな氏名		
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

(注意)

〔 担当者氏名  
電話番号 〕

- 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、楷書ではつきりと書くこと。