

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

都道府県知事 殿

(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。