配置従事者身分証明書交付申請書



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者の氏名 | |  |
| 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 | |  |

上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

令和　　　　年　　　月　　　日

申請者住所　〒

申請者氏名

広島県知事　　　　　様

（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。

３　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。