

手数料納付額	審査者
金 円	

配置従事者身分証明書交付申請書

申請者の氏名		水戸 次郎	
申請者の生年月日		昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
申請者の種別		薬 剤 師・登録販売者・一般従事者	
配置 販 売 者	氏 名	株式会社 〇〇薬品	
	住 所	茨城県水戸市〇〇町 〇-〇	
	許可番号 及び年月日	茨城 都道 府県	第 〇〇〇〇 号 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日
備 考	新規・継続 (年身分証明書番号第 号)		

上記により、配置従事者身分証明書を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者住所 茨城県つくば市〇〇町 △-△

申請者氏名 水戸 次郎 (印)

茨城県知事 〇〇 〇〇 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、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。
- 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。