

手数料納付額	審査者
金 円	

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	都道府県 第 年 月 日
備考		新規・継続（ 年身分証明書番号第 号）

年 月 日

(ふりがな)
申請者氏名

茨城県知事 殿

- 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。