

様式第八十四(第百五十一条関係)

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					
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	号日
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。

年 月 日

申請者住所

(ふりがな)
申請者氏名

茨城県知事

殿

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。