

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			
	都道府県名			
	許可番号			
	許可年月日			
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。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

和歌山県知事 様
保健所長 様

TEL

(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。

雇用（使用）関係証明書

配置従事者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者を医薬品の配置販売従事者として雇用(使用)していることを証明します。

年 月 日

配置販売業者

住 所

氏 名