

配置従事者身分証明書交付申請書

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

住 所

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

誓約書

このたびの配置従事者身分証明書交付申請に際し、下記の講習等を受講することを誓約します。

記

- 1 和歌山県福祉保健部健康局薬務課が実施する新規配置従事者講習会
- 2 既存配置販売業者が自ら実施又は委託して実施する「既存配置販売業者の配置員の資質の向上」に関する講習・研修等

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

配置従事者
指導します。

に上記の講習会等を必ず受講するよう

配置販売業者

住 所

氏 名

年 月 日

和歌山県知事様