

様式第八十四（第百五十一条関係）

収 入  
証 紙

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 者	氏 名	
	住 所	〒
	許 可 番 号 及 び 年 月 日	
備 考	登 録 番 号 : 登 録 年 月 日 : 年 月 日 継 続 ( 現 有 の 身 分 証 番 号 : ) ・ 新 規	

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

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

岐阜県知事 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、楷書ではっきりと書くこと。