

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 第 号 府県 年 月 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

申請者氏名

茨城県知事

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、楷書ではつきりと書くこと。