

愛知県収入証紙をここへ貼ってください。 (消印はしないこと。)

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	愛 知 県		
		第 号	第 号	第 号
		平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
前年身分証明書交付番号 第 号				
備考 薬剤師又は登録販売者の場合 ・ 登録番号 ・ 登録年月日 平成 年 月 日 (登録販売者の場合) ・ 登録した県 愛知県・他の都道府県 () 電話番号： ()				

上記により、配置従事者身分証明書交付を申請します。

平成 年 月 日

住 所.....
ふりがな
氏 名.....

愛知県知事 殿

注) 薬剤師免許証又は他の都道府県での販売従事登録証については、原本を持参して下さい。