

収入証紙
貼付欄

様式第二十一

配置従事者身分証明書交付申請書

配置販売業者	氏名 (法人にあつては、名称)											
	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)											
	許可番号及び 年 月 日											
		第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
備考 省略書類【 有 (下記※のとおり) ・ 無 】 ※使用関係を証する書類・誓約書は、 () のため省略												

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

フリガナ

氏 名

生年月日 年 月 日生

TEL () -

奈良県知事

殿

使用関係を証する書類

配置員住所

氏名

生年月日 年 月 日生

雇用期間 年 月 日から

年 月 日まで

営業区域

上記の者は、医薬品の配置販売業に従事するため、雇用している者であることを証明します。

年 月 日

配置販売業者

住所
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

氏名
〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

誓 約 書

年 月 日

奈良県 薬務課長 殿

次回からの「資質向上研修会」を必ず受講することを誓約します。

配置身分証明書申請者

住 所

氏 名

配置販売業者

住 所

〔法人にあつては、主
たる事務所の所在地〕

氏 名

〔法人にあつては、名
称及び代表者の氏名〕