

収入証紙
貼付欄

様式第八十四

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 (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
		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	
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	
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

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

種別 薬剤師 ・ 登録販売者 ・ 一般従事者

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