様式第八十四（第百五十一条関係）

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 | |  |
| 申請者の種類 | | 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 | 第　　　　　号　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 備考 | |  |

上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

令和　　　年　　　月　　　日

申請者住所

申請者氏名

電話番号　（　　　　　）　　　　　－

岩手県　　　　保健所長　様

（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。