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 | 　　　　　　　　　　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 |  |
| 備考 |  登録番号： 登録年月日：　　　　　年　　月　　日　継続（現有の身分証番号：　　　　　 ）　・　新規 |

 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

〒

　　　　　申請者住所

　　　　　申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　TEL

 岐阜県知事　　　　　　　　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、楷書ではっきりと書くこと。

【行政機関処理欄】（確認者名：　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □オンライン納付（受付番号：　　　　　　　　　） | □キャッシュレス決済 | □現金決済 |