

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
--	------------------------------------	-------------------------------