様式第八四（第百五十七条関係）

配置従事者身分証明書交付申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配　置　販  売　業　者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 許可番号及 | 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。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　住　所　（〒　　　－　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　生

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：電話　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　営業所：

市立函館保健所長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 手数料（現金） | 受付印 |
| ７，１００円 |  |
| 領収印 |
|  |