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 | １　　　　　　　年使用分２　新規３　継続４　所有している（いた）身分証明書番号（　　　　　　年）第　　　　　　号５　法人の役員で（　ある　・　なし　）（従事する業務所が法人開設の場合） |

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

　　　　　　　　　　申請者

氏　名

　市立函館保健所長　様

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

（注意）

１　用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

２　字は、墨、インク等を用い、書ではつきりと書くこと。