

## 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	平成 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。

平成 年 月 日

住所（〒 - ）

氏名 印

連絡先：電話 担当者

営業所：

（あて先）札幌市保健所長

手数料	受付印
7, 6 5 0 円	
領収印	