

## 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 | 昭和○○年×○月××日  |                    |
| 申請者の種別   | 薬剤師・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">登録販売者</span> ・ 一般従事者 |                    |
| 配置販売業者   | 氏名   | 株式会社○○             |
|          | 住所   | 札幌市××区○○-△-△       |
|          | 許可番号及び年月日  | 第○○○○号      平成△△年△ |
| 備考       |  |                    |

該当するものを選択

雇用されている配置販売業者の名称、住所、許可番号及び許可の有効期間の始期（許可の証明年月日ではない）を記載

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    (〒×△△-××××)  
札幌市××区○○-○-△

氏名    ××   ○○

捨印を押印

  

印

押印

  
印

連絡先： 電話    ○○○-×××-×○×○    担当者    ○○   ××

営業所：    ○○営業所

営業所がある場合は営業所名称を必ず記載

(あて先) 札幌市保健所長

|         |     |
|---------|-----|
| 手数料     | 受付印 |
| 7, 650円 |     |
| 領収印     |     |
|         |     |