

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
7,650円	
領収印	