

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・ 登録販売者 ・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	