様式第八十四（第百五十一条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 香川県証紙貼付欄 |  |  |
| **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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 備 考 | 新規・継続前年度身分証明書番号：第　　　　　号 |

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

〒

申請者住所

ふりがな

　　　　　　　　　申請者氏名

香川県知事 殿

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先（TEL） | （ ） － |

（注意）１　用紙の大きさは、A4とすること。

２　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。