**様式第八十四**（第百五十一条関係）

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 |  |
| 備考 | 新規・継続（　　　年身分証明書番号第　　　　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

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　）

群馬県知事　殿

（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、書ではつきりと書くこと。