様式１４（新配置）

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 | 　　　　　県　第　　　　　　号　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　県　第　　　　　　号　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　県　第　　　　　　号　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　県　第　　　　　　号　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　　　　　県　第　　　　　　号　　　　　　年　　月　　日　 |
| 備 　考 | １．所属組合名（　　　　　　　　　） |

　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

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ　　　　（　 　）

　　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  申請者のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県個人情報保護方針http://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。 お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |