様式１７（新配置）

配置従事者身分証明書再交付申請書

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　佐賀県知事　　様

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　下記により、配置従事者身分証明書の再交付を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置従事者 | 種　別 | 薬　剤　師 ・ 登録販売者 ・ 一般従事者 |
| 身分証明書番号 |  |
| 配置販売業者 | 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 許可番号 |  |
| 許可年月日 |  |
| 再交付申請の理由 |  | |
| 備　　　　　　考 |  | |

|  |
| --- |
| 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。 |

備考　この様式は、九州各県（沖縄県を除く。以下同じ。）の共通の様式です

ので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。