様式２０（新配置）

配置従事者身分証明書返納届書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配　　置販売業者 | 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 身分証明　書 | 証明書番号 | 第　　　　　　号 |
| 発行年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 返納年月日（配置に従事しなくなった日） | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 返　納　理　由 |  |

　上記により、配置従事者身分証明書を返納します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　生

　　　　　　　　　　　　　　　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。 |