

【許可番号及び年月日】
は、医薬品販売業許可証
に記載されています

新配置
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

許可番号第 20001 号
医薬品販売業許可証
氏名 株式会社コバトン
店舗の名称
営業区域 埼玉県一円
医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 24 条第 1 項の規定により、配置販売業者の許可を受けた者であることを証明する。
平成 30 年××月××日
埼玉県知事 ○○○○
有効期間 平成 30 年 12 月 1 日から 平成 36 年 11 月 30 日まで

【申請者の種別】は
該当するものに○を
つけてください

申請者の氏名	コバトン太郎
申請者の生年月日	昭和○○年▽▽月××日
申請者の種別	薬剤師・ <input checked="" type="checkbox"/> 登録販売者・一般従事者
配置販売業者	氏名 株式会社コバトン
	住所 埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1
	許可番号及び年月日 第 20001 号 平成 30 年 12 月 1 日
備考	申請の種別 <input checked="" type="checkbox"/> 新規申請・いわゆる継続申請 旧身分証明書番号 _____ 連絡先電話番号 048(830)3622

上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

令和 3 年 2 月 1 日

申請者住所 〒○○○-××××
埼玉県△△市○○町□-□-□

申請者氏名 コバトン太郎

有効期限の満了に伴う
申請は、「いわゆる継続
申請」に○をつけ、現在
の身分証明書番号を記
入してください

(宛先)
埼玉県知事

- (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、楷書ではつきりと書くこと。