

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		昭和 平成 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	電話番号 ()
	許可番号及び 年 月 日	第 号 平成・令和 年 月 日 東京都で許可を受けていない場合 道・府・県 第 号 平成・令和 年 月 日
備 考		・ 配置区域 _____ ・ 身分証明書の交付 新規・継続（いずれかを○で囲む） 継続の場合 ・ 前回交付された身分証明書番号 令和 年 第 号 ・ 添付書類を省略する場合は、該当する番号を○で囲んでください。 1 使用関係を証明する書類（証書）について、前回申請時と内容に変更がないので、添付を省略します。 2 住民票について、前回申請時と内容に変更がないので、添付を省略します。 ・ 連絡先電話番号 () _____

上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者住所
ふりがな
申請者氏名

東京都知事 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、楷書ではつきりと書くこと。