岩手県収入証紙 はり付け (17,600円) ※消印しないこと			

登録販売者試験願書

令和 年 月 日

岩手県知事 達増 拓也 様

住 所 〒 _____ - _____
 【申請日時点の在住地を記載すること】

(ふりがな)

氏 名 _____

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施行細則第9条の規定に基づき登録販売者試験を受験したいので関係書類を添えて申し込みます。

本籍地都道府県名 (日本国籍を有していない者については、その国籍)	都・道・府・県・国籍
生年月日	昭和・平成 年 月 日
性 別	男 ・ 女
連絡先電話番号	() -

(注意)

- 1 字はボールペン、万年筆等を用い、かい書ではっきり書くこと。
- 2 収入証紙は、消印しないこと。
- 3 関係書類として、写真票を添えること。
- 4 連絡先電話番号は、平日の日中連絡がとれる番号を記入すること。
- 5 ※印のところは記入しないこと。

※受験番号	
-------	--

※保健所受付印	※健康国保課受付印
---------	-----------