



2103500301009

手数料名: 薬販売関係許可証等書換手数料

予算主務課: 健康医療局医療・保険課

電話番号: 0857-26-8666

別記様式第5号(第7条関係)

配置従事者身分証明書書換交付申請書

配 置 販 売 業 者	事 項	変 更 前	変 更 後
	氏 名		
	住 所		
	許 可 番 号 及 び 年 月 日		
備 考			

上記により配置従事者身分証明書の書換交付を申請します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

年 月 日生

鳥取県知事

様

注 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。