

別記様式 8

捨印

2部作成し、うち1部に
奈良県収入証紙
500円分を貼付

年 月 日

奈良県医療政策部薬務課長 殿

住 所 奈良市法蓮町757

氏 名 奈良薬太郎

印

証 明 願

今般、配置販売業許可申請に必要なため、下記事項につき証明願います。

記

証明事項

次のとおり 奈良県において配置従事者身分証明書の交付を受けていること。

交 付 年 月 日	交 付 番 号	配 置 販 売 業 者
平成10年1月1日	09903201	奈良 大仏
平成12年1月1日	09903201	奈良 大仏
平成14年1月1日	09903202	株式会社〇×
平成16年1月1日	09903202	株式会社〇×
平成18年1月1日	09903202	株式会社〇×

参考 (1) 提出先

都道府県名を記載

薬第

号

前記のとおりであることを証明する。

記入しないこと

年 月 日

奈良県医療政策部薬務課長

印