

年 月 日

奈良県医療政策部薬務課長 殿

住 所

氏 名

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

参考 (1) 提 出 先 -----

薬 第 号

前記のとおりであることを証明する。

年 月 日

奈良県医療政策部薬務課長

印