

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 〒 _____ - _____

(ふりがな)

氏 名 _____ 印 _____

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
---------	-----------