

様式第八十五(第百五十二条関係)

第1面

| | | |
|--------|---------------------------------|------------|
| 91mm | | |
| 第 | 号 | 配置従事者身分証明書 |
| 写 真 | 氏 | 名 |
| | 上記の者は、医薬品の配置販売に従事する者であることを証明する。 | |
| 年 | 月 | 日 |
| | | 都道府県知事 印 |

64
mm

