

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	薬 剤 師 登 録 販 売 者 一 般 従 事 者
		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

