

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

第2面

配 置 販 売 業 者	氏 名	
	住 所	
配 送 置 従 事 者	生 年 月 日	
	住 所	
有効期限 年 12 月 31 日まで		