

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

64mm

第2面

配 置 販 売 業 者	氏 名	
	住 所	
配 置 従 事 者	生 年 月 日	
	住 所	

有効期限 年 12 月 31 日まで