

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

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