

様式第17号(第15条関係)

登録販売者試験受験申請書

本籍		※都道府県名(外国籍を有する者は国名)を記入すること。	
住所	〒		
連絡先 電話番号		※携帯電話等、平日の日中に確実に連絡がとれる番号を記入すること。	
ふりがな 氏名	印		
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
備考			

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第36条の8第1項の規定による登録販売者試験を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

福岡県知事

殿

- 注 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
3 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

備考 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。