

取扱課	経由機関名	経由第 号	手数料納付額	審査印
薬務課長 殿	茨城県 保健所 (衛生課扱)	年 月 日	金 円	

様式第八十六の七 (第百五十九条の十二関係)

販売従事登録証再交付申請書

登録販売者の氏名	
登録番号及び登録年月日	
再交付申請の理由	
備 考	

上記により、販売従事登録証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

茨城県知事 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。