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のつく番号を記入すること。 | |
| ふりがな  氏　　名 |  | | |
| 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

　　　　　宮崎県知事　　　　　　　　　　　　殿

　注１）　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。

　注２）　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

　注３）　字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。