

様式第六号の四（第八条の五関係）

登録販売者試験合格証明書交付申請書

年 月 日

栃木県知事 様

住所
(ふりがな)
氏名
連絡先 } ①

次のとおり登録販売者試験合格証明書の交付を受けたいので、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施行細則第8条の5第2項の規定により申請します。

生 年 月 日	年 月 日生 ②
性 別	男 ・ 女 ②
試 験 実 施 年 月	年 月 ③
交 付 申 請 の 理 由	④
交 付 申 請 枚 数	枚 ⑤

- ① 登録販売者試験受験時と氏名が異なる場合は、現在の氏名（変更後の氏名）を記載してください。日中に連絡がとれる電話番号等を記入してください。
- ② 戸籍に記載された生年月日、性別を記載してください。
- ③ 合格した登録販売者試験が実施された年月を記載してください。不明の場合は空欄で結構です。
- ④ 「紛失のため」等と記載してください。
- ⑤ 複数の都道府県において販売従事登録をすることはできませんので、「1枚」と記載してください。