

**様式第八十六の三**（第百五十九条の八関係）

販売従事登録番号

販売従事登録年月日

販売従事登録証

本籍地都道府県名(国籍)

氏名

生年月日

年

月

日

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 2 項の規定により登録された登録販売者であることを証明する。

年 月 日

都道府県知事

印