

年 月 日

(あて先) 滋賀県健康医療福祉部薬務課長

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 証 明 願 い

下記のとおり配置従事者身分証明書の交付を受けていたことを証明願います。

### 記

交付期間	身分証明書番号	配置販売業者
年 月 日 ~ 年 月 日		
年 月 日 ~ 年 月 日		
年 月 日 ~ 年 月 日		
年 月 日 ~ 年 月 日		
年 月 日 ~ 年 月 日		

---

上記のとおり相違ないことを証明します。

年( 年) 月 日

滋賀県健康医療福祉部薬務課長