別記第９号様式（第７条関係）

受験番号

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がとれる番号を記入すること。 |
| 　　 |  |
| 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

熊本県知事　木村　敬　様

注　字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。

　　　下枠内は記入不要。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 熊本県収入証紙貼付欄（１３，０００円分） | ※受付No. |  |  |  |
| 受　付　印 |