

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。		
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

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			