

年 月 日

(宛先) 秋田県知事

本籍地都道府県			
住 所	〒 -		
ふ り が な			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生	性 別	
連 絡 先	電話番号		

登録販売者試験受験申請書

登録販売者試験を受けたいので、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規則第159条の5第1項の規定により関係書類を添えて申請します。