

# 薬事講習会受講状況報告書

年 月 日

青森県知事

殿

配置販売業者 許可番号 ( 第 号)

住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名)

配置従事者氏名 (※青森県知事から身分証明書の交付を受けた者に限る)	受講年月日	受講場所 (都道府県名)	講習会の名称	新規・継続 の別
				新・継
				新・継
				新・継
				新・継
				新・継
				新・継
				新・継

(注意)

- 書き切れない場合は、別紙としてください。
- 県内業者の場合は、配置販売業者の住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) を管轄する保健所に提出してください。
- 県外業者の場合は、青森県健康福祉部医療薬務課に提出してください。

※ (収受印 押印欄)