

登録販売者試験受験願書

令和 年 月 日

北海道知事 様

〒

住所

氏名

登録販売者試験を受験したいので、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細則第11条の規定により関係書類を添えて提出します。

本籍地都道府県名 〔 日本国籍を有していない 者については、その国籍 〕	
連絡先	
生年月日	
性別	男 ・ 女

受験希望地（いずれかに○）

札幌市 ・ 旭川市 ・ 函館市 ・ 釧路市

注 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

連絡先の欄には、日中連絡がとれる電話番号を記載すること。