

## 配 置 従 事 届

配置販売業者	<input type="checkbox"/> 配置販売業		<input type="checkbox"/> 既存配置販売業	
	許可番号 及び年月日	第	号	年 月 日
	住 所			
	氏 名			
配置従事者	連絡先	TEL		
	住 所			
	氏 名			
	身分証明書の 番号及び期限	第	号	，有効期限 平成 年 12 月 31 日
	資 格 等	(配置販売業)	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 一般従事者	
(既存配置販売業)		<input type="checkbox"/> 既存配置員		
従事しようとする 区域及び期間	区 域		期 間	
			年 月 日から	
			年 月 日まで	
			年 月 日から	
		年 月 日まで		
		年 月 日から		
		年 月 日まで		
備 考				

上記により，配置従事の届出をします。

年 月 日

広島県知事 様

氏名

- 注：1 配置従事届出の義務者は，配置販売に従事する者自身である。  
2 この届出は，実際に配置販売に従事する以前に行う。（実際に従事する以前にこの届出が行政庁に到達していなければならない。）