

## 登録販売者試験合格事実証明願

本籍都道府県名	
氏名	
生年月日	年 月 日
合格年月日	年 月 日
合格証番号	第 号
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に規定する登録販売者試験に上記のとおり合格していることの証明をお願いします。

年 月 日

〒

住所

氏名

印

TEL

鹿児島県知事 殿

上記の通り相違ないことを証明します。

年 月 日

鹿児島県知事

## 登録販売者試験合格事実証明願（記載例）

本籍都道府県名	鹿児島県
氏名	鴨池 太郎
生年月日	昭和50年〇月〇日
合格年月日	平成〇〇年〇月〇〇日
合格証番号	第111号
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に規定する登録販売者試験に上記のとおり合格していることの証明をお願いします。

令和〇年11月11日

住所 鹿児島市鴨池新町1-1

氏名 鴨池 太郎

印

TEL 099-286-2806

鹿児島県知事 殿

上記の通り相違ないことを証明します。

年 月 日

鹿児島県知事