様式第八十六の三(第百五十九条の八関係)
販売従事登録番号
販売従事登録年月日

# 販　売　従　事　登　録　証

本籍地都道府県名(国籍)
氏名
生年月日　　年　　月　　日

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第2項の規定により登録された登録販売者であることを証明する。

年　　月　　日

都道府県知事　　印