様式第四十八号(第百十五条の九関係)

販売従事登録番号
販売従事登録年月日

動物用医薬品販売従事登録証

本籍地都道府県名(国籍等)
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動物用医薬品登録販売者であることを証する。

年　　月　　日

都道府県知事