

様式第3号 (14の(2))

証明申請書

年 月 日

福岡県保健医療介護部薬務課長 殿

申請者 (住所)
(氏名)

印

下記のとおり相違ないことを証明してください。

毒物劇物取扱者試験合格	
1 種別	
2 氏名	(年 月 日生)
3 合格年月日	年 月 日
4 合格番号	第 号
<input type="checkbox"/> 手数料の減免を希望する	

- 1 住所、氏名をご記入の上、**太枠内**に証明する内容を記入してください。
- 2 手数料の減免を希望する場合は、にレを記入してください。

減 免	(受付所属確認欄) 規則第6条第1項第 号 に該当 要綱別表2第 号
	により確認
	非該当
手 数 料	証明書の内容 件 (枚)
	単 価 円・計 円

備考 印鑑を持参していない場合は、氏名を必ず自署させること。

証 明 申 請 書

年 月 日

福岡県保健医療介護部薬務課長 殿

申請者（住所）
（氏名）

印

下記のとおり相違ないことを証明してください。

毒物劇物取扱者試験合格			
1 種 別			
2 氏 名		(年 月 日生)
3 合格年月日		年 月 日	
4 合格番号	第		号
<input type="checkbox"/> 手数料の減免を希望する			

- 1 住所、氏名をご記入の上、**太枠内**に証明する内容を記入してください。
- 2 手数料の減免を希望する場合は、にレを記入してください。

薬第 号

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

福岡県保健医療介護部薬務課長

- 備考
- 1 印鑑を持参していない場合は、氏名を必ず自署させること。
 - 2 使途目的により減免したものまたは県自身の必要のために交付するものについては、その提出先名を上部余白に表示すること。