

石川県健康福祉部薬事衛生課
登録販売者試験担当者あて

石川県登録販売者試験願書の送付をお願いします。

願書申請者

記 入 日	年 月 日
必要な願書の 部 数	部
願 書 送 付 先	〒 ー
ふ り が な	
氏 名	
日中の連絡先 (電話番号)	

(請求用宛名) 切り取ってご活用ください

920 8580

金沢市鞍月 1-1 石川県庁 薬事衛生課
登録販売者試験担当

<登録販売者試験受験願書請求>