

原本証明書

下記の書類の写しは、原本と相違ないことを証明する。

なお、資格者本人について、下記「本人確認記載欄」に記載の本人確認書類の原本により本人確認を行いました。

記

No.	証書等の名称	本人確認記載欄
例)	船橋太郎の 薬剤師免許証	<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
確認日	令和 8年 4月 1日確認	<input checked="" type="checkbox"/> 左記と同日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日確認
1		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
確認日	令和 年 月 日確認	<input type="checkbox"/> 左記と同日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日確認
2		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
確認日	令和 年 月 日確認	<input type="checkbox"/> 左記と同日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日確認
3		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
確認日	令和 年 月 日確認	<input type="checkbox"/> 左記と同日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日確認
4		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
確認日	令和 年 月 日確認	<input type="checkbox"/> 左記と同日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日確認
5		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
確認日	令和 年 月 日確認	<input type="checkbox"/> 左記と同日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日確認

※行が不足する場合は、適宜追加してください。

令和 年 月 日

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

【記載上の注意】

- 1 本証明書は、資格を証する書類の写しと併せて提出 (提示) してください。
- 2 本証明書による原本証明を選択できるのは、以下の資格者に限ります。
 - ・薬剤師 (厚生労働省「薬剤師資格確認検索システム」で確認できる方)
 - ・登録販売者