

毒物劇物取扱者試験合格証明願

合 格 証 番 号	
合 格 年 月 日	
種 別	
氏 名	
生 年 月 日	

上記のとおり、毒物劇物取扱者試験に合格した者であることを証明してください。

年 月 日

住 所

氏 名

長 野 県 知 事 殿

(提出部数)

2部提出 (正1部 薬事管理課、副1部 保健所)