

収入証紙
貼付欄

捨印

第4号様式（細則第8条関係）

配置従事者身分証明書書換え交付申請書

配置販売業者	氏名 (法人にあつては、名称)										
	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)										
	許可番号及び 年月日	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
変更内容	事項	変更前					変更後				
備考											

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施行細則第8条の規定により、上記のとおり配置従事者身分証明書の書換え交付を申請します。

年 月 日

住所

フリガナ
氏名

Ⓜ
(署名又は記名押印)

生年月日 年 月 日生

TEL () -

奈良県知事

殿

使用関係を証する書類

配置員住所

氏名

生年月日 年 月 日生

雇用期間 年 月 日から

年 月 日まで

営業区域

上記の者は、医薬品の配置販売業に従事するため、雇用している者であることを証明します。

年 月 日

配置販売業者

住所

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

氏名

〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕