

収入証紙
貼付欄

第3号様式（細則第7条関係）

配置従事者身分証明書更新申請書

申請者の氏名						
申請者の生年月日		年 月 日				
申請者の種別		薬剤師 ・ 登録販売者 ・ 一般従事者				
配置販売業者	氏名 <small>(法人にあつては、名称)</small>					
	住所 <small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</small>					
	許可番号及び 年 月 日	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
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	
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	
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7条の規定により、上記のとおり配置従事者身分証明書の更新を申請します。

年 月 日

住 所

フリガナ
氏 名

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

種別 薬剤師 ・ 登録販売者 ・ 一般従事者

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

理由書

年 月 日

奈良県福祉医療部医療政策局薬務課長 殿

年 月に開催された「奈良県配置薬事認定講習会」を、

の理由により、受講することが出来ませんでした。

受講出来ないことを連絡することなく、欠席したことをお詫びいたします。

配置身分証明書申請者

住 所

氏 名

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〕