

収入証紙
貼付欄

第5号様式（細則第9条関係）

配置従事者身分証明書再交付申請書

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 (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		
		年 月 日	年 月 日	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		
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9条の規定により、上記のとおり配置従事者身分証明書の再交付を申請します。

年 月 日

住 所

フリガナ
氏 名

TEL () -

奈良県知事

殿