

収 入	〔 奈良県収入証紙 〕
証 紙	

第 3 号様式（細則第 7 条関係）

3	
---	--

配置従事者身分証明書更新申請書

申 請 者 の 氏 名		奈 良 薬 太 郎					
申 請 者 の 生 年 月 日		S 4 5 年 1 月 1 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	株式会社○×					
	住 所	奈良市登大路町 3 0					
	許可番号及び 年 月 日	奈良県		大阪府			
		第 F12345 号		第 大99999号		第	号
		H19 年 4 月 1 日		H18 年 5 月 18 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
備 考							
①身分証の記載事項に変更がある場合は、同時に書換交付申請 (2,000円※) が必要です。 ※営業区域（都道府県）変更に伴う書換、市町村合併や住居表示施行に伴う書換 の場合は、手数料は不要です。 ②身分証を紛失した場合は、同時に再交付申請 (2,900円) が必要です。 ↓ なお、①・②の両方の手続きが必要な場合は、更新申請を行わずに、 配置従事者身分証明書交付申請 (7,100円) を行う方が手数料は低額となります。							

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 奈良市法蓮町 7 5 7

フリガナ 氏 名	ナラヤク 奈 良 薬	タロウ 太 郎
TEL	(0 7 4 2) 2 2 - 1 1 0 1	

奈良県知事

殿

使用関係を証する書類

配置員 住 所 奈良市法蓮町757

氏 名 奈 良 薬 太 郎

生年月日 S45 年 1月 1日生

種 別 薬剤師 ・ 登録販売者 ・ 一般従事者

該当するものを
○で囲む

雇用期間

年 月 日から
年 月 日まで

原則として、申請日から翌年の
12月31日までの期間を記載

営 業 区 域

奈良県	大阪府		

申請書表紙の記載内容と一致していること。 また、奈良県を除く全営業区域の
配置販売業許可証の写しを申請書に添付して下さい。

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

奈良市登大路町30

(法人にあっては、主
たる事務所の所在地)

氏 名

株式会社〇×

(法人にあっては、名
称及び代表者の氏名)

代表取締役 ○○○

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、

遠来地への廻商、親族の法事、体調不良など具体的な欠席理由を記載して下さい

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 奈良市法蓮町 7 5 7

氏 名 奈 良 薬 太 郎

配置販売業者

住 所 奈良市登大路町 3 0
（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏 名 株式会社〇×
（法人にあつては、名称及び代表者の氏名） 代表取締役〇〇〇