

令和 年 月 日

東京都知事 殿

申請者 住所

氏名

昭和・平成 年 月 日生

配置従事者身分証明書書換え交付申請書

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6条の規定に基づき、下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。

記

|          |           |                            |            |
|----------|-----------|----------------------------|------------|
| 申請者の氏名   |           |                            |            |
| 申請者の生年月日 |           | 昭和・平成 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        |                            |            |
|          | 住所        |                            |            |
|          | 許可番号及び年月日 | 第 号                        | 平成令和 年 月 日 |
| 変更内容     | 事項        | 変更前                        |            |
|          |           | 変更後                        |            |
| 備考       |           | 身分証明書番号 第 号<br>連絡先電話番号 ( ) |            |

(注意)

字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。