

				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	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 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。