

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再交付申請書

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7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再交付を申請します。

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
備 考	身分証明書番号 第 号		
	連絡先電話番号 ()		
	再交付理由： _____		

(注意)

- 1 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。
- 2 破り、又は汚した場合は、その身分証明書を添付すること。