

様式第7号(第7条関係)

				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	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。							