

令和〇〇年〇〇月〇〇日

東京都知事 殿

申請者 住所 東京都〇〇〇〇△-△-△

氏名 東京 太郎

昭和・平成〇〇年〇〇月〇〇日生

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	東京 太郎		
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	〇〇配置薬株式会社	
	住所	東京都新宿区西新宿二丁目8番1号	
	許可番号及び年月日	第 〇〇〇 号	平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和
備考	身分証明書番号 第 〇〇号 連絡先電話番号 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 再交付理由： 紛失したため		

既存配置販売業の従事者の方は記載不要です。

紛失又は破れ、汚れたため等の理由を明記してください。

(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。