様式第7号(第7条関係)

捨印

平成○○年○○月○○日

東京都知事　　殿

申請者　住所　東京都○○○○△―△―△

氏名　東京　太郎　　印

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	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	○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　○○○　号	平成○○年○○月○○日
備　　考	身分証明書番号　第　○○号 連絡先電話番号　○○(○○)○○○○ 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。

3　氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

(日本工業規格A列4番)