

要綱様式第5号 配置従事者身分証明書再交付申請書

年 月 日

秋田県知事 あて

住所
(〒 -)

氏 名

年 月 日生

配置従事者身分証明書の再交付について（申請）

身分証明書の再交付を受けたいので、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保に関する法律施行細則第8条第1項の規定により申請します。

証 明 書 の 番 号 及 び 年 月 日		第 号 年 月 日
配 置 販 売 業 者	氏 名	
	住 所	(〒 -)
再 交 付 申 請 の 理 由		
備 考		(連絡先)

【文書作成責任者等の連絡先】
(住所)
(責任者または担当者名)
(連絡先) 電話番号：
 メールアドレス：

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、日本産業規格（JIS）A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い楷書ではっきりと書くこと。