|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　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 |  |

 |

（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。