|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  　　　　配置従事者身分証明書返納届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 返納する配置従事者 | 住所 | （〒　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| 備考 |  |

 　 　配置従事身分証明書の有効期間が経過した上記の者は、 　ので、医薬品、医療機器等の品質、 　　 配置従事の業務を廃止した有効性及び安全性の確保に関する法律施行細則第９条第１項及び第２項の規定により、配置従事者身分証明書を付して届出します。年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　届　出　者住　　所（〒　　　－　　　　）氏　　名 秋 田 県 知 事　あて |

（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。

３　不要の文字は抹消すること。

４　配置従事者身分証明書を添付すること。