|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。