

収入証紙 (奈良県収入証紙) 2,000円分を貼付

①営業区域(都道府県)変更に伴う書換  
②市町村合併、住居表示施行に伴う書換  
の場合は、手数料は不要です。

第4号様式(細則第8条関係)

3

配置従事者身分証明書書換え交付申請書

申請者の氏名		奈良薬太郎					
申請者の生年月日		S45年 1月 1日					
申請者の種別		薬剤師・登録販売者・一般従事者					
配置販	氏名	株式会社O×					
	住所	奈良市登大路町30					
売業者	許可番号及び年月日	奈良県	北海道	京都府			
		第F12345号 H19年4月1日	第×××号 H18年3月14日	第000号 H18年5月11日			
第号		第号	第号	第号	変更後の内容で記載		
年月日		年月日	年月日	年月日	年月日		
変更内容	事項	変更前			変更後		
	営業区域 住所	奈良県、大阪府 奈良市大森町57-12			奈良県、北海道、京都府 奈良市法蓮町757		
備考							

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8条の規定により、上記のとおり配置従事者身分証明書の書換え交付を申請します。

年 月 日

住所 奈良市法蓮町757

フリガナ 氏名 ナラヤク タロウ  
奈良薬太郎

TEL 電話(0742) 22 - 1101

奈良県知事 殿

## 使用関係を証する書類

配置員 住所 奈良市法蓮町757

氏名 奈良薬太郎

生年月日 S45年1月1日生

種別 薬剤師・登録販売者・一般従事者

該当するものを  
○で囲む

雇用期間

年 月 日から  
年 月 日まで

原則として、申請日から翌年の  
12月31日までの期間を記載

### 営業区域

奈良県	大阪府		

申請書表紙の記載内容と一致していること。また、奈良県を除く全営業区域の  
配置販売業許可証の写しを申請書に添付して下さい。

上記の者は、医薬品の配置販売業に従事するため、雇用している者であることを証明します。

年 月 日

配置販売業者

住所

奈良市登大路町30

(法人にあつては、主  
たる事務所の所在地)

氏名

株式会社〇×

(法人にあつては、名  
称及び代表者の氏名)

代表取締役 ○○○