

収入証紙  
貼付欄

第4号様式（細則第8条関係）

### 配置従事者身分証明書書換え交付申請書

申請者の氏名							
申請者の生年月日		年 月 日					
申請者の種別		薬剤師 ・ 登録販売者 ・ 一般従事者					
配置販売業者	氏名 <small>(法人にあつては、名称)</small>						
	住所 <small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</small>						
	許可番号及び 年 月 日	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号		
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
第 号	第 号	第 号	第 号	第 号	第 号		
年 月 日	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		
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

フリガナ  
氏名

TEL ( ) -

奈良県知事

殿

# 使用関係を証する書類

配置員住所

氏名

生年月日 年 月 日生

種別 薬剤師 ・ 登録販売者 ・ 一般従事者

雇用期間 年 月 日から

年 月 日まで

## 営業区域


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

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

氏名

〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕