配置従事者身分証明書再交付申請書

年　　月　　日

　　　旭川市保健所長保健所長　様

住　所

氏　名

　　交付を受けた身分証明書を（破損・汚・紛失）したので、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条の規定に基づき、次のとおり、身分証明書の再交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証明書番号及び年月日 | |  |
| 配置販売業者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 再交付申請の理由 | |  |
| 備　　　　　　　　　　　考 | |  |

　注　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とすること。