

第8号様式（第10条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所
氏名 ⑩
生年月日 年 月 日
電話番号

配置従事者身分証明書再交付申請書

高知県医薬品、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10条第1項の規定に基づき配置従事者の身分証明書の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

配置販売業者	住所	
	氏名	
	許可番号及び許可年月日	
再交付の申請理由		
備考		

- 注 1 配置従事者の身分証明書を破り、又は汚したために再交付を申請するときは、その身分証明書を添えてください。
- 2 失った配置従事者の身分証明書を発見したときは、直ちにその身分証明書を返納してください。