様式第9号(第10条関係)

年　　月　　日

　福井県知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 証紙貼付欄(消印をしないこと)【申込番号】 | 申請者　住所　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　 |
|  |  |  |  |  | － |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
| (手数料納付システム利用時に記入) |

配置従事者身分証明書再交付申請書

　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条の規定に基づき、下記のとおり身分証明書の再交付を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　証明書番号および年月日 | 第　　　　　号 | 年　　月　　日 |
| 配置販売業者 | 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 再交付申請の理由 | 　 |
| 備考 | 　 |