

第7号様式（第9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書換え交付申請書

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9条第1項の規定に基づき配置従事者の身分証明書の書換え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		
変更内容	変更事項	変更前	変更後
備考			

注 現在交付されている配置従事者の身分証明書を添えてください。