**別　紙**

配置従事者身分証明書書換え交付申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配置販売業者 | 氏　　　　名 |  | |
| 住　　　　所 |  | |
| 許可番号及び  年月日 |  | |
| 変更  内容 | 事　　　　項 | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
|  |  |  |
| 備　　　考 | | 配置区域　：  身分証明書番号　： 第　　　　　　　 号  薬剤師　・　登録販売者（番号：　　　　　　　　　）  連絡先電話番号　： | |

上記により、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

申請者住所

申請者氏名

都道府県知事　様

担当者氏名

電話番号