

様式第3号

\_\_\_\_\_年 配 置 従 事 届

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

住 所

届出者

氏 名

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第32条の規定により、下記のとおり配置従事の届出をします。

記

配 置 販 売 業 者	許可番号及び 年 月 日	第 号 年 月 日
	住 所	
	氏 名	
配 置 従 事 者	身分証明書番 号	第 号
	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	
期 間 及 び 区 域	月 日から 月 日まで	
	月 日から 月 日まで	
	月 日から 月 日まで	