配置従事者身分証明書返納届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　市立函館保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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施行細則第９条の規定に基づき，配置従事者身分証明書を返納します。

 　　　　　　　　　　　　　　　　記

　返納の理由

１　有効期間が過ぎたため

２　配置販売業者との雇用関係が消滅したため

３　業務を廃止したため

４　亡失した身分証明書が発見されたため

　（注）返納の理由は，該当する項目の番号に〇印を付けること