

合格証再交付申請書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号  
申請者 住 所

氏 名

年 月 日生  
(電話 局 番)

下記のとおり合格証の再交付を受けたいので、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5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

合格番号及び合格年月日	第 号 年 月 日
再交付を受けようとする理由	1 破損 2 汚損 3 亡失
破損し、汚損し、又は亡失した年月日	年 月 日
破損し、汚損し、又は亡失した理由	

添付書類

再交付の申請が破損又は汚損によるものである場合にあっては、当該申請に係る合格証

注 1 申請者の氏名を自署したときは、押印することを要しないこと。

2 「再交付を受けようとする理由」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。