様式４

差 換 え 願

|  |  |
| --- | --- |
| 差換え書類 |  |
| 申請年月日 |  |
| 販売名 |  |
| 受付番号 |  |
| 進達年月日 |  |
| 県名及び進達番号 |  |
| 備考 |  |

上記書類の差換えをお願いします。

　　　　　　年　 月　 日

　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働省医薬局長

殿

都道府県知事

（注意）

１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

２　「差換え書類」欄には、差し換える対象の書類名を記載すること。