

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  
都 道 府 県 知 事 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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。