

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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

印

厚生労働省医薬食品局長 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 とすること。
- 2 「差換え書類」欄には、差換える対象の書類名を記載すること。