

動物用医薬品販売従事登録消除申請書

〇〇年〇月〇〇日

愛媛県知事 〇〇 〇〇 殿

住所 〇〇市一番地 4 丁目 4-2

氏名 〇〇 〇〇 印

動物用医薬品販売従事登録の消除を下記により申請します。

記

1 登録販売者の氏名

〇〇 〇〇

2 登録番号及び登録年月日

第〇〇-△△-×××××号 〇〇年〇〇月〇〇日

3 消除年月日

〇〇年〇月〇日

4 消除の理由

〇〇〇のため

5 参考事項