

様式第八十六号の五（第百五十九条の十関係）

販売従事登録消除申請書【記載例】

登録販売者の氏名	①
登録番号及び登録年月日	②
消除の理由及び年月日	③
備考	

上記により、販売従事登録の消除を申請します。

年　　月　　日

申請者住所

申請者氏名

栃木県知事　　様

連絡先　　自宅電話番号：
勤務先電話番号：
勤務先名称：
携帯電話番号：　　} ④

- ① 販売従事登録証に記載されている字で記入し、ふりがなをふってください。
- ② 販売従事登録証に記載された登録番号及び登録年月日を記載してください。
- ③ 「今後、医薬品の販売に従事しないため」等の理由と、その事由が発生した年月日を記載してください。
- ④ 日中に連絡がとれる電話番号等を記入してください。