動物用医薬品販売従事登録消除申請書

年　月　日

　栃木県知事　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　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

２　登録番号及び登録年月日

３　消除年月日

４　消除の理由

５　参考事項