**動物用医薬品販売従事登録消除申請書**

年　　　月　　　日

千葉県知事　　　　　　　　　　　様

住　所

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　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