

動物用医薬品販売従事登録消除申請書

現在の知事名を記入ください。

書類を持参する日（郵送の場合は
投函する日付）を記入ください。

平成 29 年 4 月 1 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

自筆であれば印鑑は不要です。自筆でなければ個人印を
捺印ください。

住所 千葉県市川市〇〇

氏名 販売 一郎

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

販売従事登録証をあわせて
返納ください。

1 登録販売者の氏名

販売 一郎

2 登録番号及び登録年月日

××〇 - ×× - △△△△ 平成〇〇年×月△日

3 消除年月日

平成29年3月〇日

4 消除の理由

退職

5 参考事項

連絡先:043-〇〇〇-××××

※事実発生日(指定医薬品以外の動物用医薬品の販売に
従事しなくなった日)から30日以内の申請が必要です。