

動物用医薬品販売従事登録消除申請書

年 月 日

都道府県知事 殿

住所  
氏名

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
- 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