

動物用医薬品販売従事登録消除申請書

令和 ○年 ○月 ○日

長崎県知事 中村 法道 殿

住 所 長崎県佐世保市○○町○丁目

氏 名 長崎 花子 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
長崎 太郎
- 2 登録番号及び登録年月日
○○-○○-○○○○○
平成○○年○月○日
- 3 消除年月日
令和○年○月△日
- 4 消除の理由
死亡のため
- 5 参考事項