

動物用医薬品販売従事登録消除申請書

年 月 日

静岡県知事 殿

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