

動物用医薬品販売従事登録削除申請書

平成 年 月 日

大分県知事 殿

住 所

氏 名

印

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

動物用医薬品登録販売者名簿登録の削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 削除年月日
- 4 削除の理由
- 5 参考事項