**動物用医薬品販売従事登録消除申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

滋賀県知事　　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