

## 販売従事登録消除申請書

登録販売者の氏名 <small>ふりがな</small>	
登録番号及び登録年月日	
消除の理由及び年月日	
備考	

上記により、販売従事登録の消除を申請します。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

和歌山県知事様  
保健所長様

TEL

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。