**動物用医薬品販売従事登録消除申請書**

　　年　　月　　日

大阪府知事　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

登録番号　　　　　　　　　　　　　　　登録年月日

３　消除年月日

４　消除の理由

５　参考事項

連絡先電話番号