

販売従事登録消除申請書

| | |
|-------------|--|
| 登録販売者の氏名 | |
| 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

山口県知事

殿

販売従事登録証返納書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号

返納者 住 所

氏 名

（電話 局 番）

下記のとおり医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則

第159条の12第4項
の規定により販売従事登録証を返納
第159条の13第2項
します。

記

| | |
|-------------|---|
| 登録番号及び登録年月日 | |
| 返納の理由 | 1 販売従事登録証の再交付を受けた後、亡失した販売従事登録証を発見した。 2 販売従事登録を削除された。 |