

様式第 5 号

年 月 日

山口県知事 様

願出者 住所

氏名

山口県健康エキスパート薬剤師 辞退願

山口県健康エキスパート薬剤師登録要綱第 1 1 条の規定に基づき、登録の辞退を願います。

記

○山口県健康エキスパート薬剤師 登録番号	
○辞退理由	

【添付書類等】

・登録証