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１１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