

捨印

## 販売従事登録消除申請書

ふりがな	
登録販売者の氏名	
登録番号及び年月日	第 号 平成 年 月 日
消除の理由及び年月日	平成 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。

平成 年 月 日

申請者住所 〒 -

申請者氏名

印

TEL - -

奈良県知事 様

(注意)

申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

捨印

第10号様式（細則第16条関係）

販売従事登録証返納書

販売従事登録番号		販売従事登録年月日	年 月 日
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日		
返 納 理 由			

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  
第159条の13第2項 の規定により、上記のとおり販売従事登録証を返納します。

年 月 日

奈良県知事

殿

住 所

氏 名

印

TEL ( ) -

(注意)

届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。