

取 扱 課  薬務課長 殿	経 由 機 関 名 茨城県  (衛生課抜) 保健所	経由第 号  年 月 日
---------------------	------------------------------------	--------------------

**様式第八十六の五** (第百五十九条の十関係)

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

茨城県知事 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。