

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

(連絡先 TEL )

新潟県知事 様

(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、楷書ではっきりと書くこと。