様式第八十六の五（第百五十九条の十関係）

別紙30

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 | 20211102改訂 |

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

熊本県知事　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁区分 | 課長 | 文書分類 | 分類記号 | 006-003-002-001 | 主題名 | 申請の受付及び審査等に関する文書 | 保存期限 | ５年 |
| １　本申請書を進達してよろしいか。２　本申請について、販売従事登録を消除してよろしいか。　　　　　　　　　　　　起案　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 課　　長（所　長） | 審議員（次　長） | 薬事班長（次　長） | 監視麻薬班長（課　長） | 主　幹 | 起 案 者 | 課　　　　員 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 保健所受付日付印 | 保健所決裁日付印 | 保健所発送済印 | 薬務衛生課受付日付印 | 薬務衛生課決裁日付印 | 薬務衛生課発送済印 |
|  |  |  |  |  |  |
|  衛生総合情報システム 受付番号(保健所) | ＭＨ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  衛生総合情報システム 受付番号(薬務衛生課) | ＭＨ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**【記入上の注意】**販売従事登録消除申請書

１　字は、墨、インク等を用い、書ではつきりと書くこと。

２　提出部数　熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課に提出する場合は１部。ただし、県下の各保健所（熊本市保健所を除く）に提出する場合は２部提出してください。

３　添付書類

　・　販売従事登録証