

受付印欄

販売従事登録証返納届

登録販売者の氏名			
登録番号		登録年月日	平成 令和 年 月 日
本籍地都道府県名 (国籍等)			
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細則
第 11 条の規定により、販売従事登録証の返納の届出をします。

令和 年 月 日

(〒 -)

申請者住所

申請者氏名

電話番号 自宅（携帯） ()
職場 ()

(あて先)

埼玉県知事

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 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。