**様式第八十六の五**

販売従事登録消除申請書

捨印

|  |  |
| --- | --- |
| 登録販売者の氏名 |  |
| 登録番号及び登録年月日 | 第　　　　　　号　・　　　　　年　　月　　日 |
| 消除の理由及びその年月日 | □本人の（　死亡・失踪　）※申請者欄に続柄も記載□今後、一般用医薬品の販売に従事しない　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先TEL

青森県知事　殿

※（収受印　押印欄）

（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、書ではつきりと書くこと。

　３　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。

添付書類確認票

　申請書のあとに、以下の書類を添付して申請してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 添付書類名 | チェック欄 |
| １ | 販売従事登録証原本 |  |
| ２ | 遅延理由書※事由が発生してから30日を過ぎての申請の場合（任意様式） |  |

（様式例）

捨印

**遅　　延　　理　　由　　書**

　　　年　　　月　　　日

　青森県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　住　所（）

　　　　　　　　　　　　　　氏　名（）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　年　　　月　　　日付けで、（　登録販売者当人が　（死亡　・　失踪）　　　・

今後一般用医薬品の販売又は授与を行わない事と　）し，３０日以内に消除申請をすべきところ、

　　　　　　　　　　　　　　　　　　のため（※）遅延いたしました。

　今後、このようなことのないよういたしますので、よろしくお取り計らい願います。

※（収受印　押印欄）

※遅延理由を記載する。