

取扱課 薬務課長 殿	経由機関名 茨城県 保健所 (衛生課扱)	経由第 号 年 月 日
---------------	----------------------------	----------------

様式第8号の4(第8条の6)

販売従事登録証返納届書

登録番号	第 号	登録年月日	年 月 日
氏 名			
本籍地都道府県名 (国籍)			
返納の理由			

上記により、販売従事登録証を返納します。

年 月 日

住 所

(届出義務者続柄)

氏 名

茨城県知事 殿