

取 下 げ 願

| | |
|-------------|------------|
| 申 請 年 月 日 | 〇〇年〇〇月△△日 |
| 申 請 の 種 類 | 薬局開設許可更新申請 |
| 店 舗 の 名 称 | 〇〇薬局 |
| 店 舗 の 所 在 地 | 〇〇市〇〇町〇〇〇 |
| 備 考 | |

上記申請書の取下げをお願いします。

〇〇年〇〇月〇〇日

本社の所在地を記載してください。

住 所
〔法人にあっては、主たる
事務所の所在地〕

△△市△△町△△△

氏 名
〔法人にあっては、名称
及び代表者の氏名〕

株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

電話番号
担当者名

長崎県知事

殿