

申込取下げ書

平成 年 月 日

財団法人 茨城県薬剤師会公衆衛生検査センター
理事長 横濱 明 殿

申込者

会社名

代表者名

所在地

電話

印

印

下記の適合評価申込みを取下げます。

記

1. 申込受理日 平成 年 月 日

2. 適合評価申込承諾書に記載されている受理番号

3. 件 名

4. 理 由