（別添様式2）

創薬アーカイブ申込書取下願

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名 |  |
| 機関名 |  |
| 部門・役職 |  |
| 郵便番号  住所 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： |
| 創薬アーカイブ申込日 |  |
| 備考 |  |

上記により申込みをした創薬アーカイブの登録申込みの取下げをお願いします。

平成　　年　　月　　日

（注意）

１．用紙の大きさは日本工業規格A4としてください。