

様式第一

薬剤師名簿登録消除申請書

一 登録の年月日

二 薬剤師名簿登録番号

三 消除申請の理由

上記により、薬剤師名簿の登録の消除を申請します。

年 月 日

本籍(国籍)

住 所

氏 名 (印)

年 月 日生

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 一 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 二 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 三 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。