

様式第二（第三条関係）

薬 剤 師 名 簿 訂 正 申 請 書

収 入
印 紙

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 変更前の^{ふりがな}氏名又は本籍地都道府県名若しくは国籍
- 4 変更の理由及び年月日

上記により、薬剤師名簿の訂正を申請します。

年 月 日

本 籍 (国籍)

住 所
氏 名

印 (男・女)

年 月 日生

電 話 ()

厚生労働大臣

殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 領収証書は、裏面にはること。
- 5 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。