

(本人申請)

薬剤師名簿登録消除申請書

1. 消除する薬剤師名簿登録番号及び登録年月日

2. 消除する理由

上記により、薬剤師名簿の登録の消除を申請します。

平成 年 月 日

本 籍 (国籍) _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 生

連絡先 _____

厚生労働大臣

殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A 4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 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。