

(届出義務者用)

薬剤師名簿登録消除申請書

1. 死亡又は失踪宣告を受けたことの別
2. 死亡し、又は失踪の宣告を受けた薬剤師の氏名及び生年月日
氏 名
生年月日
3. 死亡し、又は失踪の宣告を受けた薬剤師の本籍（国籍）及び住所
本籍（国籍）
住 所
4. 死亡し、又は失踪の宣告を受けた年月日

年 月 日

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

届出義務者氏名等

住 所

氏 名

印

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。