

薬剤師名簿登録消除申請書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 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)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきり書くこと。
- 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。