

差し支えなければ申請書の上
余白に捨印を押印してください

捨印



薬剤師名簿登録消除申請書

一 登録の年月日

平成〇〇年〇〇月〇〇日

二 薬剤師名簿登録番号

第××××××号

三 消除申請の理由

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

上記により、薬剤師名簿の登録の消除を申請します。

申請年月日を記載してください

年 月 日

本籍は都道府県のみ記入してください
(市町村まで記入する必要はありません)

本籍(国籍) 静岡県

住 所 静岡県静岡市葵区〇〇××

氏 名 静岡 太郎

(印)

押印してください

昭和〇〇年〇〇月〇〇日生

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 一 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。
- 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。