

第二様式（届出義務者用）

## 薬剤師名簿登録消除申請書

- 一 死亡又は失踪宣告を受けたことの別
- 二 死亡し、又は失踪宣告を受けた薬剤師の氏名及び生年月日
- 氏 名
- 生年月日
- 三 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
- 四 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。

令和 年 月 日

（届出義務者氏名等）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話（連絡先） ( ) \_\_\_\_\_

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4 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。