

様式第一(本人申請用)

薬剤師名簿登録消除申請書

一 登録の年月日

二 薬剤師名簿登録番号

三 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。

令和 年 月 日

本籍 (国籍)

住所

氏名

(男・女)

生年月日 年 月 日 生

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。