

薬剤師名簿登録消除申請書

- 一 死亡又は失踪<sup>そう</sup>宣告を受けたことの別
- 二 死亡し、又は失踪<sup>そう</sup>の宣告を受けた薬剤師の氏名及び生年月日
- 三 死亡し、又は失踪<sup>そう</sup>の宣告を受けた薬剤師の本籍(国籍)及び住所
- 四 死亡し、又は失踪<sup>そう</sup>の宣告を受けた年月日

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)

住 所

氏 名

(印)

厚生労働大臣

殿

(注意)

- 一 用紙の大きさは、日本工業規格A4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。