様式第二（第三条関係）

収　入

印　紙

薬 剤 師 名 簿 訂 正 申 請 書

　　１　登録の年月日

 ２　薬剤師名簿登録番号

 ３　変更前の、本籍地都道府県名若しくは国籍又は性別

　　４　変更の理由及び年月日

 　上記により、薬剤師名簿の訂正を申請します。

 　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

 本　　籍 （国籍）

 住　　所

 ふりがな

 　　　　 氏　　名 　　　　　　　　　　　（男・女）

 年　　　月　　　日生

電　　話　　　　（　　　）

 　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、楷書ではつきりと書くこと。

 　３　収入印紙には、消印をしないこと。

 ４　領収証書は、裏面にはること。