

薬 剤 師 免 許 申 請 書

- 平成 年 月施行第 回薬剤師国家試験合格
(受験地) 合格証書番号第 号
- 成年被後見人又は被保佐人ではありません。
- 罰金以上の刑に処せられたことはありません。
(あるときは、その罪、刑及び刑の確定年月日)
- 薬事に関し犯罪又は不正の行為を行なったことはありません。
(あるときは、違反の事実及び年月日)

上記により、薬剤師免許を申請します。

平成 年 月 日

本 籍(国籍) 都 道 府 県

住 所 都 道 府 県

ふりがな
氏 名 印 (男・女)

昭和 年 月 日生
平成
(西暦)

連絡先 TEL.

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 収入印紙には、消印をしないこと。
- 領収証書は、裏面にはること。
- 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。

受付都道府県番号

薬 剤 師 免 許 証 書 換 交 付 申 請 書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 書換え交付申請の理由

上記により、薬剤師免許証の書換え交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

印（男・女）

年 月 日生

厚生労働大臣

殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4列4番とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 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。

薬剤師免許証再交付申請書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 再交付申請の理由

上記により、薬剤師免許証の再交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

印（男・女）

年 月 日生

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A 4列4番とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 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。

様式第一

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。

平成 年 月 日

本籍(国籍)

住 所

氏 名 (印)

年 月 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。

様式第二

薬剤師名簿登録消除申請書

- 一 死亡又は失踪^{そう}宣告を受けたことの別
- 二 死亡し、又は失踪^{そう}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^{そう}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^{そう}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。