様式第二

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。

　　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、Ａ４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。