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。

　　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、Ａ４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。