

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(国籍等)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

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。