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　変更前の氏名（ふりがな）又は本籍地都道府県名若しくは国籍

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　　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　領収証書は、裏面にはること。

5　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。