様式第八（第十一条関係）

第　　号　　合　　格　　証　　書

本籍地都道府県名（国籍）
氏　　名
年　　月　　日生

年　　月施行第　　回薬剤師国家試験に合格したことを証明する。

年　　月　　日

厚生労働大臣　　印