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

ふりがな

3　変更前の 氏 名 、本籍地都道府県名若しくは国籍又は性別

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　　(男・女)
年　　月　　日生
電　　話　　(　　)

厚生労働大臣　殿

(注意)

1　用紙の大きさは、A4とすること。
2　字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
3　収入印紙には、消印をしないこと。
4　領収証書は、裏面に貼ること。