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