

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、本籍地都道府県名若しくは国籍又は性別
ふりがな
- 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。

備考 免許の申請時等に旧姓の併記の希望があつた場合には、氏名と併せて記載する。

収 入
印 紙

薬 剤 師 免 許 証 書 換 交 付 申 請 書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 書換交付申請の理由
- 4 旧姓併記の有無。（有の場合は希望する旧姓）
有・無

上記により、薬剤師免許証の書換交付を申請します。

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、A 4 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。