様式第１号（第３条関係）

薬剤師名簿登録消除申請書

１　登録の年月日

２　薬剤師名簿登録番号

３　消除申請の理由

　上記により、薬剤師名簿の登録の消除を申請します。

　　年　　月　　日

本籍(国籍)

住　　所

氏　　名

年　　月　　日生

　　厚生労働大臣　殿

様式第２号（第３条関係）

薬剤師名簿登録消除申請書

１　死亡又は失踪宣告を受けたことの別

２　死亡し、又は失踪の宣告を受けた薬剤師の氏名及び生年月日

３　死亡し、又は失踪の宣告を受けた薬剤師の本籍(国籍)及び住所

４　死亡し、又は失踪の宣告を受けた年月日

　　　上記により、薬剤師名簿の登録の消除を申請します。

　　年　　月　　日

(届出義務者)

住　　所

氏　　名

厚生労働大臣　殿