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

3　変更前の氏名（ふりがな）、本籍地都道府県名若しくは国籍等又は性別

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　（国籍等）
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、裏面にはること。

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。