様式第五（第六条関係）

収　入 印　紙

薬剤師免許証再交付申請書

1　登録の年月日

2　薬剤師名簿登録番号

3　再交付申請の理由

上記により、薬剤師免許証の再交付を申請します。

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。

備考　免許証に旧姓が併記されている場合は、氏名と併せて記載する。