様式４

収　入 印　紙

薬剤師免許証再交付申請書

１．登録の年月日　　年　　月　　日

２．薬剤師名簿登録番号　第　　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。

平成　　年　　月　　日

本　籍（国籍）　　都道府県

住　所　　都道府県

ふりがな
氏　名　　印（男・女）

昭和　　年　　月　　日生

厚生労働大臣　　殿