

## 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、薬剤師名簿の削除を申請します。

平成 年 月 日

(届出義務者)

住 所 都道  
府県

---

氏 名 印

---

昭和 年 月 日生

(あて先) 厚生労働大臣