

(記載例)

薬剤師名簿登録消除申請書

一 死亡又は失踪宣告を受けたことの別
死 亡

二 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
◎◎ ●◎ 平成◎◎年◎◎月◎◎日

三 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
◎◎県 鹿児島市・・・

四 死亡し、又は失踪の宣告を受けた年月日
平成◎◎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。

平成◎◎年◎◎月◎◎日

(届出義務者)

住 所 鹿児島市・・・

氏 名 ◎◎ ◎● (印)

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 一 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。
- 二 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 三 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。