

様式第二

## (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

〇〇 ●〇 平成〇〇年〇●月〇〇日

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

〇〇県 鹿児島県鹿児島市・・・

四 死亡し、又は失踪の宣告を受けた年月日

令和〇〇年〇●月〇〇日

上記により、薬剤師名簿の登録の消除を申請します。

(元号) 〇〇 年 〇月 〇日

(届出義務者)

住 所 鹿児島県鹿児島市・・・

氏 名 川 子

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とすること。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。