

(届出義務者用)

様式 65-1

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年月日
氏 名
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
本籍（国籍）
住 所
4. 死亡し、又は失踪の宣告を受けた年月日

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。

年 月 日

届出義務者氏名等

住 所

氏 名

連絡先

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、楷書ではっきりと書くこと。

(本人申請)

様式 65-2

薬剤師名簿登録消除申請書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 消除申請の理由

上記により、薬剤師名簿の登録の消除を申請します。

年 月 日

本籍(国籍)

住 所

氏 名

年 月 日生

連絡先

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A 4列4番とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。