

薬剤師免許証返納届

1. 薬剤師名簿登録番号 第 _____ 号

2. 登録年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 返納理由

4. 再交付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記により、薬剤師免許証を返納します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

本 籍 (国籍)

住 所

氏 名 (男・女)

_____ 年 _____ 月 _____ 日生

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。