様式第二（第三条関係）

収入印紙

薬剤師名簿訂正申請書

1　登録の年月日

2　薬剤師名簿登録番号

3　変更前の氏名（ふりがな）、本籍地都道府県名若しくは国籍又は性別

4　変更の理由及び年月日

上記により、薬剤師名簿の訂正を申請します。

年　　月　　日

本　　籍　（国籍）
住　　所
ふりがな
氏　　名　　（男・女）
年　　月　　日生
電　　話　（　　）

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、楷書ではつきりと書くこと。
3　収入印紙には、消印をしないこと。
4　領収証書は、裏面に貼ること。

備考　免許の申請時等に旧姓の併記の希望があつた場合には、氏名と併せて記載する。

（薬剤師法施行規則の一部改正）

第五条　薬剤師法施行規則（昭和三十六年厚生省令第五号）の一部を次のように改正する。

様式第二及び様式第五から様式第九までの様式を次のように改める。