様式第六の三（第七条の七関係）

再教育研修修了登録証

本籍地都道府県名（国籍）

氏名

年月日生

薬剤師法（昭和三十五年法律第百四十六号）第八条の二第二項により登録された薬剤師であることを証明する。

年　月　日

厚生労働大臣　印

薬剤師名簿登録番号

薬剤師名簿登録年月日

備考　旧姓の併記で再教育研修修了登録証の発行を希望した場合には、氏名と併せて記載する。