様式第八（第十一条関係）

第　号

合　　格　　証　　書

本籍地都道府県名（国籍）

氏　　名

年　　月　　日生

年　　月施行第　　回薬剤師国家試験に合格したことを証明する。

年　　月　　日

厚生労働大臣　　印

備考　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。