様式第四号（第十四条関係）

保険薬剤師登録票

登録の記号及び番号			登録年月日		
薬剤師	氏名		明・大・昭・平・令　　年　月　日生		男・女

上記のとおり登録したことを証明する。

令和　　年　　月　　日

地方厚生（支）局長　　印

備　考　この用紙は、Ｂ列７番とすること。