様式第二（第三条関係）

様式第二を次のように改める。

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。