

## 薬剤師免許証返納届

1. 薬剤師名簿登録番号 第 \_\_\_\_\_ 号
2. 登録年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
3. 返納理由
4. 再交付年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記により、薬剤師免許証を返納します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本 籍 (国籍)

住 所

氏 名 (男・女)

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

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、楷書ではっきりと書くこと。