

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)

ホチキス位置

様式第一 (第一条関係)

薬剤師免許申請書

平成令和	年	月施行	第	回	国家試験合格	受験地	合格証番号
------	---	-----	---	---	--------	-----	-------

1～4の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 薬事に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

4. 過去に薬剤師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)

有・無

上記により、薬剤師免許を申請します。

年 月 日

本籍 (国籍等)	都道府県	生年 月日	昭和・令和 平成・西暦	年	月	日
住所	〒 都道府県					
電話	()					
ふりがな	(氏) (名)		性別		男	
氏名					女	
	(旧姓)		通称名			

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 領収証書は、裏面に貼ること。

--

受付都道府県番号

薬剤師免許申請書

氏名	(氏)	(名)	個人番号
----	-----	-----	------