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。