

様式第五（第六条関係）

薬剤師免許証再交付申請書

収入印紙  
2,750 円分

1 登録の年月日

2 薬剤師名簿登録番号

3 再交付申請の理由

分からない場合は、空欄で結構です

紛失のため 又は 棄損のため 等の理由を記載

上記により、薬剤師名簿の再交付を申請します。

年 月 日

本籍の都道府県名  
外国籍の者は国籍

本籍（国籍）

住所

ふりがな  
氏名

自筆署名  
又は押印

印（男・女）

① 変更後の氏名・本籍府県名等を記載

② 必ずふりがなを記載すること。

③ 外国籍の場合で「住民票」に通称名記載  
があり、免許証等に通称名での希望が  
ある場合は、氏名の下に括弧書きで通  
称名を記載  
※通称名のみの記載は不可。

年 月 日生

元号表記  
外国籍の者は、西暦表記

平日連絡がつく電話番号を記載

電話 ( )