

取 下 げ 願

年 月 日

厚生労働大臣 殿

薬剤師名簿登録番号 第 号
登録年月日 年 月 日
本籍 (国籍)
氏 名
住 所

年 月 日申請の について下記の理由により、取下げを
お願いします。

今後このようなことのないよう十分注意いたします。

記

(理由)

(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。