

様式第一（第一条関係）

薬 剤 師 免 許 申 請 書

収入印紙
30,000 円分

- 1 年 月施行第 回薬剤師国家試験合格
(受験地) 合格証書番号 号
- 2 成年被後見人又は被補佐人ではありません。
- 3 罰金以上の刑に処せられたことはありません。(あるときは、その罪、刑及び刑の確定年月日)



【 ある場合 】

①道交法の罰金刑（駐禁・速度違反など比較的金額の低いもの）
罰金支払いを証する書類を添付（告知票、領収証書、略式命令書など。）

②①以外の罰金刑以上の刑

別途 個別審査となるケースがありますので、受付窓口（保健所又は薬務課）で 受付時に厚生労働省に直接照会させていただきます。

【厚生労働省医薬食品局総務課 試験免許係：03-3595-2384】

- 4 薬事に関し犯罪又は不正の行為を行ったことはありません。(あるときは、違反の事実及び年月日)

上記により、薬剤師免許を申請します。

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)

年 月 日生

元号表記
外国籍の者は、西暦表記

①「登記されていないことの証明書」
「診断書」、「戸籍謄抄本」の氏名・
生年月日一致を確認

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
※通称名のみ記載は不可。

平日連絡がつく電話番号を記載

電話 ()