

様式第六の三(第七条の七関係)

再教育研修修了登録証

本籍地都道府県名(国籍)

氏

年

月

日生

名

薬剤師法(昭和三十五年法律第四百六号)第八条の二第二項により登録された薬剤師であることを証明する。

年

月

日

厚生労働大臣

印

薬剤師名簿登録番号  
薬剤師名簿登録年月日