

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四百十六号)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