

様式第八(第十一条関係)

第 号

合 格 証 書

本籍地都道府県名(国籍)

氏 名

年 月 日生

年 月施行第 回薬剤師国家試験に合格したことを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣 印

備考 旧姓の併記の希望があつた場合には、氏名と併せて記載する。