

## (別添) 薬剤師免許申請関係様式集

- 1 都道府県進達総括表
- 2 薬剤師免許申請書（薬剤師法施行規則様式第一）
- 3 診断書
- 4 薬剤師名簿訂正申請書（薬剤師法施行規則様式第二）
- 5 薬剤師免許証書換交付申請書（薬剤師法施行規則様式第四）
- 6 薬剤師免許証再交付申請書（薬剤師法施行規則様式第五）
- 7 薬剤師名簿登録消除申請書（本人の申出）  
「薬剤師法の施行について」（昭和 36 年 2 月 8 日付け薬発第 45 号厚生労働省薬務局長通知）様式第一
- 8 薬剤師名簿登録消除申請書（本人死亡または失踪）  
「薬剤師法の施行について」（昭和 36 年 2 月 8 日付け薬発第 45 号厚生労働省薬務局長通知）様式第二
- 9 取下げ願
- 10 薬剤師免許証返納届
- 11 薬剤師免許証訂正申請書
- 12 合格証書再交付申請書（薬剤師法施行規則様式第九）
- 13 過誤納金還付通知請求書
- 14 薬剤師が精神機能障害を有する状態となり業務の継続が著しく困難となった場合の届出書
- 15 薬剤師免許証の再交付に関する調査及び意見書
- 16 死亡又は失踪以外の理由による薬剤師名簿登録消除申請に関する調査及び意見書

① I 日本国籍 II 外国籍

② A 薬剤師免許申請( 第 回 ・ 第92回以前 ) B 名簿訂正及び書換交付 C 再交付 D 消除

注: 該当する項目(回次)に○印を記載してください

|    | 受 付 番 号 | 受 付 年 月 日 |  | ③ 都道府県受付番号 | ④ 氏 名 |  | 登録番号(名訂・再交付・消除)<br>合格証書番号(新規) | 備 考 |
|----|---------|-----------|--|------------|-------|--|-------------------------------|-----|
| 1  |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 2  |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 3  |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 4  |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 5  |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 6  |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 7  |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 8  |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 9  |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 10 |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 11 |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 12 |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 13 |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 14 |         |           |  |            |       |  |                               |     |
| 15 |         |           |  |            |       |  |                               |     |

⑤ 都道府県番号

⑥ 年 月 日送付分 計 名

※ ①～⑥について記載して下さい。

# 薬剤師免許申請書

収 入

印 紙

- 平成 令和 年 月施行第 回薬剤師国家試験合格  
(受験地 ) 合格証書番号第 号
- 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)
- 薬事に関し犯罪又は不正の行為を行つたことはありません。  
(あるときは、違反の事実及び年月日)
- 旧姓併記の有無。(有の場合は希望する旧姓)  
有・無
- 過去に薬剤師免許を有していたことの有無。(有の場合は登録番号)  
有・無

上記により、薬剤師免許を申請します。

年 月 日

都 道  
府 県

本 籍 (国籍)

都 道  
府 県

住 所

ふり がな  
氏 名

( 男 ・ 女 )

昭和  
平成  
(西暦)

年

月

日生

連絡先Tel

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 収入印紙には、消印をしないこと。
- 領収証書は、裏面に貼ること。

受付都道府県番号

# 診 断 書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |       |     |     |     |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----|-----|-----|---|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |       |     | 性 別 | 男   | 女 |
| 生 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 昭 和<br>平 成<br>西 暦    | 年     | 月   | 日   | 年 齢 | 才 |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 視覚機能<br/>調剤業務に支障をきたす<br/> <input type="checkbox"/> 該当しない                      <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>2 精神機能<br/>精神機能の障害<br/> <input type="checkbox"/> 該当しない                      <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>3 麻薬、大麻又はあへんの中毒<br/> <input type="checkbox"/> なし                                      <input type="checkbox"/> あり</p> |                      |       |     |     |     |   |
| 診 断 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日                |       |     |     |     |   |
| 医 師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称 |       |     |     |     |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 所 在 地                | 〒 TEL |     |     |     |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 診 療 科                |       | 氏 名 |     |     |   |

## 【注意事項】

※必ずどちらかに☑を記載してください。

※業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は、「該当しない」を選択してください。

なお、既往歴があっても業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は「該当しない」を選択してください。

※ 「専門家による判断が必要」に☑の場合は、該当項目に係る診療科の主治医又は専門医による詳細な診断書（裏面）をあわせて提出してください。

※障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば、別途添付（様式不問）も可（提出は任意）。

「専門家による判断が必要」に☑の場合は、  
 該当項目に係る診療科の主治医又は専門医が裏面を記載してください



表面項目の「専門家による判断が必要」に☑がついた場合のみ記載。

表面の者について、下記のとおり診断します。

診断名：

1. 現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）

2. 症状の安定性

3. 補助的又は代替的手段があればその具体的内容  
※本人からの聴取を踏まえて記載してください。

4. 業務への支障の程度

5. その他特記事項

|           |                      |       |     |  |
|-----------|----------------------|-------|-----|--|
| 診 断 年 月 日 |                      | 年 月 日 |     |  |
| 医 師       | 病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称 |       |     |  |
|           | 所 在 地                | 〒 TEL |     |  |
|           | 診 療 科                |       | 氏 名 |  |

【注意事項】  
※診療科が一致する主治医又は専門医が記載してください。

収 入  
印 紙

## 薬 剤 師 名 簿 訂 正 申 請 書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 変更前の氏名、本籍地都道府県名若しくは国籍又は性別  
ふりがな
- 4 変更の理由及び年月日

上記により、薬剤師名簿の訂正を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）  
住 所  
ふりがな  
氏 名（男・女）  
年 月 日生  
電 話（ ）

厚生労働大臣 殿

（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、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 領収証書は、裏面に貼ること。

備考 免許の申請時等に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。

薬 剤 師 免 許 証 書 換 交 付 申 請 書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 書換交付申請の理由
- 4 旧姓併記の有無。（有の場合は希望する旧姓）  
有・無

上記により、薬剤師免許証の書換交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月 日生

電 話（ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。

収 入  
印 紙

## 薬 剤 師 免 許 証 再 交 付 申 請 書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 再交付申請の理由

上記により、薬剤師免許証の再交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月 日生

電 話（ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。

備考 免許証に旧姓が併記されている場合は、氏名と併せて記載する。

様式第一

## 薬剤師名簿登録消除申請書

一 登録の年月日

二 薬剤師名簿登録番号

三 消除申請の理由

上記により、薬剤師名簿の登録の消除を申請します。

年 月 日

本籍(国籍)

住 所

氏 名

年 月 日生

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 一 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 二 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。

様式第二

薬剤師名簿登録消除申請書

- 一 死亡又は失踪宣告を受けたことの別
- 二 死亡し、又は失踪の宣告を受けた薬剤師の氏名及び生年月日
- 三 死亡し、又は失踪の宣告を受けた薬剤師の本籍(国籍)及び住所
- 四 死亡し、又は失踪の宣告を受けた年月日

上記により、薬剤師名簿の登録の消除を申請します。

年 月 日

(届出義務者)

住 所

氏 名

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 一 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 二 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。

# 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、A 4 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。

## 薬剤師免許証返納届

1. 薬剤師名簿登録番号 第                      号

2. 登録年月日                      年              月              日

3. 返納理由

4. 再交付年月日                      年              月              日

上記により、薬剤師免許証を返納します。

年              月              日

本              籍      (国籍)

住              所

氏              名                                      (男・女)

年              月              日生

厚生労働大臣    殿

(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。

# 薬剤師免許証訂正申請書

## 1. 訂正箇所

本 籍 ・ 氏 名 ・ 生年月日 ・ 登録番号 ・ 登録年月日

## 2. 訂正内容

誤り

正

→

上記のとおり薬剤師免許証の訂正を申請します。

年 月 日

住 所

氏 名

電話番号

厚生労働省医薬局長 殿

収 入  
印 紙

## 合 格 証 書 再 交 付 申 請 書

- 1 再交付申請の理由
- 2 合格した薬剤師国家試験の施行年月、回次及び受験地

上記により、薬剤師国家試験の合格証書の再交付を申請します。

年        月        日

本        籍   （国籍）

住        所

ふりがな

氏        名

（男・女）

年        月        日生

電        話       （        ）

厚生労働大臣    殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。

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。

| 過誤納金還付通知請求書                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 納付に係る登録免許税の課税標準及び税額                                                                                                                        | _____ 円                                                                                                                                                                                |
| 計算に誤りがあったこと等により過大となった登録免許税の課税標準及び税額                                                                                                        | _____ 円                                                                                                                                                                                |
| 当該請求をする理由及び当該請求をするに至った事情の詳細                                                                                                                |                                                                                                                                                                                        |
| 過誤納となった登録免許税の納付方法（現金納付した登録免許税についてはその納付した収納機関の名称）                                                                                           | 収入印紙納付                                                                                                                                                                                 |
| 請求者の住所地（居住地）                                                                                                                               | 〒 _____ ー                                                                                                                                                                              |
| 当該請求に係る登録免許税の還付場所として希望する銀行（振込み希望預貯金口座）又は郵便局の名称及び所在地                                                                                        |                                                                                                                                                                                        |
| その他参考となるべき事項                                                                                                                               | <p>○薬剤師名簿の訂正申請をした年月<br/>_____ 年 _____ 月</p> <p>○請求者の連絡先<br/>電話：_____</p> <p>○薬剤師名簿登録番号<br/>第 _____ 号</p> <p>○住所地（居住地）を管轄する税務署名及び所在地（※）<sup>2</sup><br/>税務署名：_____</p> <p>所在地：_____</p> |
| <p>登録免許税法第31条第1項の規定による通知をするよう上記により請求する。</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>〒 _____ ー<br/>住 所</p> <p>フリガナ<br/>氏 名</p> <p>厚生労働省医薬局長 殿</p> |                                                                                                                                                                                        |

(※)1 名簿の変更の登録をした日から5年を経過する日までご請求ください。(必着)

2 「税務署名」、「所在地」欄は、ご不明の方は記入不要です。

(薬剤師法施行規則第三条の三関係)

薬剤師が精神機能障害を有する状態となり業務の継続が著しく困難となった場合の届出書

|                       |   |  |  |  |  |  |  |   |                                 |             |             |  |  |   |  |   |  |   |
|-----------------------|---|--|--|--|--|--|--|---|---------------------------------|-------------|-------------|--|--|---|--|---|--|---|
| 免<br>登<br>録<br>番<br>号 | 第 |  |  |  |  |  |  | 号 | 免<br>許<br>登<br>録<br>年<br>月<br>日 | 昭<br>平<br>令 | 和<br>成<br>和 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|-----------------------|---|--|--|--|--|--|--|---|---------------------------------|-------------|-------------|--|--|---|--|---|--|---|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| 本<br>籍<br>(<br>国<br>籍<br>) | 都<br>道<br>府<br>県 |
|----------------------------|------------------|

|                  |     |     |
|------------------|-----|-----|
| ふ<br>り<br>が<br>な | (氏) | (名) |
| 免許登録者の氏名         |     |     |

|                                                |                  |                  |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|------------------------------------------------|------------------|------------------|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 免<br>許<br>登<br>録<br>者<br>の<br>生<br>年<br>月<br>日 | 大<br>昭<br>平<br>西 | 正<br>和<br>成<br>暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
|------------------------------------------------|------------------|------------------|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| 免許登録者の<br>住<br>所 | 都<br>道<br>府<br>県 |
|------------------|------------------|

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| どのような精神の機能の障害が生じており、業務にどのような支障があると考えるか<br>(自由記述欄) |  |
|---------------------------------------------------|--|

精神の機能の障害を有する状態となり薬剤師の業務の継続が著しく困難となったため届け出ます。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(届出者)

|        |                  |    |  |
|--------|------------------|----|--|
| 住<br>所 | 都<br>道<br>府<br>県 |    |  |
| 氏<br>名 |                  | 続柄 |  |
| 電<br>話 | ( )              |    |  |

厚生労働大臣 殿

(裏面)

I 届出に必要な書類について

- (1) 届出書
- (2) 次の内容を含む医師の診断書（任意様式）
  - イ 病名
  - ロ 障害の程度
  - ハ 病因
  - ニ 病後の経過
  - ホ 治癒の見込み
  - ヘ その他参考となる所見（あれば記入すること）

II 届出書の書き方について

- (1) 該当する**不動文字**を○で囲み、数字は右側につめて記入して下さい。
- (2) 外国籍の方は本籍欄に国籍を記入して下さい。
- (3) 登録者の氏名は免許証に記載されている文字を用いて記入して下さい。
- (4) 生年月日について、日本国籍の方は元号で、外国籍の方は西暦で記入して下さい。
- (5) 届出年月日については、下線の左側に必ず元号を記入して下さい。
- (6) 届出者の住所、氏名及び続柄欄については、届出者の住所、氏名及び続柄（法定代理人の場合はその旨）を記入して下さい。

III その他

- (1) 用紙の大きさは、A 4 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。

## 薬剤師免許証の再交付に関する調査及び意見書

|        |  |
|--------|--|
| 氏名     |  |
| 生年月日   |  |
| 登録年月日  |  |
| 登録番号   |  |
| 亡失時の事実 |  |

### 【亡失の場合】

- ☐ 紛失の事実を確認し、再交付は適当と認められる。
- ☐ 今後このようなことのないよう、免許証の保管には十分注意するとともに、免許証が発見された場合にはすみやかに返納するよう指導しました。
- ☐ 公的書類にて本人であることを確認しました。

### 【毀損の場合】

- ☐ 毀損の事実を確認し、再交付は適当と認められる。
- ☐ 今後このようなことのないよう、免許証の保管には十分注意するよう指導しました。
- ☐ 公的書類にて本人であることを確認しました。

上記のとおり、薬剤師免許証再交付申請に際し、意見を付けて提出します。

令和 年 月 日  
●●県●●保健所長

死亡又は失踪以外の理由による  
薬剤師名簿登録消除申請に関する調査及び意見書

|                   |  |
|-------------------|--|
| 氏名                |  |
| 生年月日              |  |
| 登録年月日             |  |
| 登録番号              |  |
| 消除の理由<br>(具体的に記入) |  |

- ☐ 申請者に犯罪または不正の事実はないと認められます。
- ☐ 申請者へ、消除後の再登録は非常に困難であること説明をしました。

上記のとおり、薬剤師名簿登録消除申請に際し、意見を付けて提出します。

令和 年 月 日  
●●県●●保健所長