様式第１号

労災保険指定薬局指定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　薬　　局 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| ２管理薬剤師 | 氏　名 |  |
| 薬剤師、登録番号 |  |

　労災保険指定薬局として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

　なお、指定されたときは、「労災保険指定薬局療養担当契約事項」に基づいて療養の給付を担当します。

　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　開設者の住所及び氏名

　　　　　　　　　　住　所：

　　　　　　　　　　氏　名：

　　　　　　　　　　（法人の場合は法人名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地）

秋田労働局長　殿