労災保険指定薬局変更届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬　 　　局 | 名　　　　　称 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 開　　設　　者 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 所　　在　　地 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 管 理 薬 剤 師 | 氏　　　　　名 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 薬剤師登録番号 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 金 融 機 関 等 | 金融機関名 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 口座名義人 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 口　座　番　号 | 新 |  |
| 旧 |  |

（注）記載すべき事項のない欄には斜線を引くこと。

上記のとおり変更したので届けます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　指定薬局番号：０５４

　　　　　　　　　　　　　　　指定薬局等の名称：

　　　　　　　　　　　　　　　代表者所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　　－　　　－　　　　）

秋 田 労 働 局 長　 殿