　　年　　月　　日

　福井労働局長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の住所及び氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 法人の場合は、名称、代表者の職

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名及び主たる事務所の所在地

労災保険指定薬局変更届について

　下記のとおり変更がありましたので、労災保険指定薬局療養担当契約事項第１２に

基づき、関係書類を添えて届け出ます。

記

１　指定薬局名

２　変更事項

３　変更年月日

|  |
| --- |
| 変更の届出   1. 薬局を廃止、休止若しくは薬局を再開したとき 2. 管理薬剤師に異動があったとき 3. 開設者の氏名又は住所が変更されたとき 4. 薬局の名称が変更されたとき 5. 支払いを受ける金融機関又は口座を変更したとき |