

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