

## 労災保険指定薬局指定申請書

1 薬 局	名 称	
	所 在 地	〒 TEL
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（記名押印又は署名）

（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）

福岡労働局長 殿

（注）添付書類

- 1 薬局開設許可証(写)
- 2 指定・指名機関登録(変更)報告書