

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
(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)

TEL ()

広 島 労 働 局 長 殿