

(局様式)

勞災保險指定藥局變更届

令和 年 月 日

広 島 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)

指定番号 3 4 4

TEL ()

令和 年 月 日 付けをもって下記のとおり変更いたしましたのでお届けします。

区 分	変 更 前	変 更 後
開設者氏名・名称		
開 設 者 の 住 所	〒 TEL ()	〒 TEL ()
管 理 薬 剤 師 氏 名		
管理薬剤師登録番号		
指 定 薬 局 名 称		
指 定 薬 局 の 住 所	〒 TEL ()	〒 TEL ()
支 払 口 座	金融機関名 () 支 店 名 () 普通・当座 口座番号 () 口座名義人 []	金融機関名 () 支 店 名 () 普通・当座 口座番号 () 口座名義人 []
そ の 他		

(添付書類) * 必要に応じて

指定薬局・指名機関登録（変更）報告書

債権債務の引き継ぎが確認できる書類（任意書式）