労災保険指定薬局変更届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 労災指定薬局番号 | |  |
| 労災指定薬局名称 | |  |
| 管　理  薬剤師 | 氏　名 |  |
| 薬剤師  登録番号 |  |

労災保険指定薬局の管理薬剤師を変更したいので、関係書類を添えて報告します。

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

宮崎労働局長　　殿