労災保険指定薬局指定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬　局 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 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。

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