

労災保険指定薬局指定申請書

1 薬 局	名 称	
	所 在 地	
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。

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)

住 所 (〒 -)

氏 名 _____ (印)

(記名押印または署名)

大分労働局長 殿