

(大阪局様式)

労災保険指定薬局
店舗閉鎖・業務廃止・辞退等届

令和 年 月 日

大阪労働局長 殿

労災指定薬局番号

2	7	4				
---	---	---	--	--	--	--

 ← 必ず記入のこと

薬局の名称	
所在地	

開設者の住所及び氏名(法人の場合は、法人名称、所在地、代表者氏名)

電話 ()

下記の通りお届けします。

薬局 ・ 店舗閉鎖 ・ 業務廃止 ・ 辞退	廃止等年月日	廃止の 事由	下記該当項目に○印を付してください。 1.店舗閉鎖・廃業 2.営業譲渡 3.その他 ()
	・		

この廃止等届の提出先

〒540-0003

大阪府中央区森ノ宮中央1-15-10~3F

大阪労働局 労災補償課 3階 審査部

電話 06-7711-0740

(ご注意)

この薬局廃止届の様式は、大阪労働局独自に所定しているものであり、大阪労働局以外の取り扱いについては、該当他府県所轄局の担当課にお問い合わせください。

この薬局廃止届を提出された場合には、厚生労働省所定の「指定・指名機関登録(変更)報告書」(診機様式第22号・診機様式第23号)の提出は省略できることとします。