

(大阪局様式)

労災保険
指定薬局 管理薬剤師変更届

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 ()

下記の通り本薬局の管理薬剤師の変更が生じましたのでお届けします。

管理薬剤師	旧	(登録番号)	変更年月日
	新		. .

この変更届の提出先

〒540-0003
大阪市中央区森ノ宮中央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)

この変更届の様式は、大阪労働局所定のものであり、大阪労働局以外の取り扱いについては、該当各所轄局の担当課にお問い合わせください。