薬様式第3号

**労災保険指定薬局承諾書**

当薬局は、労災保険指定薬局として佐賀労働局との労災保険指定薬局療養担当規程にしたがい、業務及び通勤の事由により、負傷又は疾病にかかった労働者の調剤に従事することを承諾します。

令和　　　年　　　月　　　日

住所

申請者

氏名

佐賀労働局長　殿