様式第1号

**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規程」に基づいて療養給付を担当します。

令和　　　年　　　月　　　日

開設者の住所及び氏名

住　　　所

職　氏　名

佐賀労働局長　殿

添付書類　　①　薬局の開設許可証の写

②　管理薬剤師の資格免許証の写

③　管理薬剤師の履歴書

④　薬局付近の所在地略図

⑤　労災保険指定薬局承諾書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⑥　指定・指名機関登録（変更）報告書（帳票種別：「３４５６５」

及び「３４５６６」