

労災保険指定薬局指定申請書

1 薬 局	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
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。

令和 年 月 日

〒

住 所

開 設 者 氏 名

電 話 番 号

埼玉労働局長 殿