

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。

平成 年 月 日

〒

住 所

開 設 者

氏 名

印

電話番号

埼玉労働局長 殿