様式第1号

労災保険指定薬局指定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬局 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
|  |
| 電話番号： |
| 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

開設者の住所及び氏名

法人の場合は、名称、代表者の職

氏名及び主たる事務所の所在地

郵便番号 電話番号

（　　－　　 　） （　　　 －　　　－　　　）

住　所

名　称

代表者氏名

滋賀労働局長　 殿