労災保険指定薬局管理薬剤師変更届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 労災保険指定薬局 | 指定番号 |  | |
| 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 変更理由 | 変更前  (氏　　名) | | 変更後  (氏　　名) |
| □ 交代  □ 氏名変更  □ その他 |  | | 平成・令和　　　年　　月　　日付 |
|  |
| 薬剤師番号 |  | |  |

※薬剤師免許証(写)を添付してください。

上記のとおり届けます。

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