

保険医療機関
保険薬局

指定通知書再交付申請書

送付先 〒060-0807
札幌市北区北7条西2丁目15-1
野村不動産札幌ビル2階
厚生労働省 北海道厚生局

| | | |
|------------------|--------------|--|
| 保険医療機関 又は保険薬局 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| | 保険医療機関・薬局コード | |
| 指定年月日 | 平成 年 月 日 | |
| 申請事由 | | |

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

北海道厚生局長 様

開設者の
住所 〒
氏名
電話番号 — —

印