

保 險 医
保 險 薬 剤 師

登 録 抹 消 申 出 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 險 薬 剤 医 師 の 氏 名		登 録 記 号 番 号	北 医 歯 第 号 薬
登 録 抹 消 希 望 年 月 日	平 成 年 月 日		
登 録 抹 消 を 希 望 す る 理 由			
現に診療に従事する医療機関	名 称		
	所 在 地		

上記のとおり届出します。

平 成 年 月 日

〒

北海道厚生局長 様

保 險 医 住 所
保 險 薬 剤 師 の 氏 名

㊞

電 話 番 号 - -

(注) 本書の登録抹消希望年月日は、申出年月日の翌日より1ヶ月以上経過後の年月日を記載してください。
保険医・保険薬剤師登録票は登録抹消日から10日以内に返納してください。