

# 保 險 医 氏 名 変 更 届 保 險 薬 剤 師

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 医 ・ 保 險 薬 剤 師 の 氏 名	ふりがな 変更前		登 録 記 号 番 号	北 医 歯 第 号 薬					
	ふりがな 変更後								
変 更 年 月 日	平成 年 月 日								
現に診療又は調剤している 保険医療機関又は保険薬局	名 称		保険医療機関・薬局コード						
	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 又 は 住 所  
の  
保 險 薬 剤 師 氏 名  
電 話 番 号      —      —

㊞

(注) この届書には、登録票及び氏名変更を証する書類(戸籍抄本等)を添付してください。