

保 險 医 師 死 亡 ・ 失 そ う 届
保 險 薬 剂 師

登 録 の 記 号 及 び 番 号	医 歯 薬 号		
死 亡 又 は 失 そ う の 宣 告 を 受 け た 保 險 医 (保 險 薬 剂 師) 氏 名		(フリガナ)	
死 亡 又 は 失 そ う の 宣 告 を 受 け た 年 月 日	死 亡 ・ 失 そ う	平 成	年 月 日

指定登録に関する省令第16条第2項の規定によりお届けいたします。

平成 年 月 日

届出者 (本人との続柄)

住所 〒

氏名

印

電話 ()

関東信越厚生局長 殿