保険医療機関
保険薬局　指定通知書紛失届

医療機関(薬局)コード			
(フリガナ) 名　　称		電話番号	
所 在 地		FAX番号	
紛失の理由			

上記のとおり届け出ます。
なお、紛失した指定通知書を発見した際は、速やかに返納いたします。

平成　　年　　月　　日

九州厚生局長　　殿

開設者の住所及び氏名
(法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称、代表者の職氏名)
(住 所) 〒

(氏 名)　　印

電話番号　(　　)