保　　　険　　　医

保　険　薬　剤　師

管轄地方厚生（支）局長変更届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①　保　険　医  　　保険薬剤師 | | 氏名 | （フリガナ） | | | | | 男 ・ 女 |
| 明治・大正・昭和・平成・令和　　　年　　月　　日生 | | | | |
| ②　医　　　籍  　　歯 科 医 籍  　　薬剤師名簿 | | 登録番号 | 第　　 　　　　号 | | 登　録  年月日 | 明治・大正  昭和・平成令和 | 年　　月　　日 | |
| ③　保　険　医  　　保険薬剤師 | | 登録番号 | 医  歯  薬 | 号 | 登　録  年月日 | 明治・大正  昭和・平成  令和 | 年　　月　　日 | |
| 変更前  ④ | 病　院  診療所  薬　局 | 名称 | （法人名） | | | | | |
| （機関名） | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | | | | |
| ⑤　変 更 前 の 住 所 | | | 〒　　　－ | | | | | |
| 変更後  ⑥ | 病　院  診療所  薬　局 | 名称 | （法人名） | | | | | |
| （機関名） | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | | | | |
| ⑦　変更後の住所 | | | 〒　　　－ | | | | | |
| ⑧　変　更　年　月　日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| ⑨　事　　由 | |  | | | | | | |

　　上記のとおり変更したのでお届けします。

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保　険　医

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬剤師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　－　　　　－

　　　　　　　　　中国四国厚生局長　殿

※1　登録を行っていた（変更前の）各県事務所（広島県にあっては指導監査課）に提出してください。

※2　保険医登録票又は保険薬剤師登録票を必ず添付してください。