

医療機関（薬局）コード

保 險 医 療 機 関
保 險 薬 局

指定通知書再交付申請書

病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局

名 称

（フリガナ）

（法人名）

（フリガナ）

（機関名）

所 在 地

〒 ー

電話 ー ー

再 交 付 申 請 の 理 由

紛 失 ・ き 損

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

中国四国厚生局長 殿

開設者の氏名及び住所

（法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地）

〒 ー

電話 ー ー