

保 險 医 管轄地方厚生（支）局長変更届
保 險 薬 剤 師

① 保 險 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 年 月 日 令和		
③ 保 險 医 保険薬剤師	登録番号	医 歯 薬	第 号	登 録 年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日 令和	
④ 変 更 前	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		〒 -				
⑥ 変 更 後	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 險 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。