

保 険 医  
保 険 薬 剤 師 登 録 票 紛 失 届

保険医 保険薬剤師	登録記号 番 号	医 歯 薬	号	登録年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
医 籍 歯 科 医 籍 薬 剤 師 名 簿	登録番号	第	号	登録年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
保険医 保険薬剤師	(フリガナ)				性別	男 ・ 女
	氏名					
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日			

保険医又は保険薬剤師登録票を紛失しましたので届け出ます。

令和 年 月 日

【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】

〒 -

住所

---

氏名

---

電話番号 ( ) -

北海道厚生局長 殿