委 任 状

令和　年　月　日

北海道厚生局長

代 理 人　　氏　名

住　所

私は、上記の者を代理人と定め、保険医・保険薬剤師の新規登録申請を委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 委任者 | 送付先（※） |
| 氏名 | 住所 | 登録票 | 集団指導の実施案内 |
| 1 |  |  | □ | □ |
| 2 |  |  | □ | □ |
| 3 |  |  | □ | □ |
| 4 |  |  | □ | □ |
| 5 |  |  | □ | □ |
| 6 |  |  | □ | □ |
| 7 |  |  | □ | □ |
| 8 |  |  | □ | □ |
| 9 |  |  | □ | □ |
| 10 |  |  | □ | □ |

（記入欄が足りない場合は、上記に追加して使用してください。）

※　保険医登録票及び保険薬剤師登録票又は集団指導（新規登録者向けの登録時集団指導）

の実施案内の送付先を健康保険の診療・調剤に従事する医療機関・薬局の所在地にする

場合は、☑を記入してください。