

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			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 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。