

保険医療機関  
保険薬局

指定通知書再交付申請書

送付先 〒060-0807  
札幌市北区北7条西2丁目15-1  
野村不動産札幌ビル2階  
厚生労働省 北海道厚生局

|                  |              |       |
|------------------|--------------|-------|
| 保険医療機関<br>又は保険薬局 | 名称           |       |
|                  | 所在地          |       |
|                  | 保険医療機関・薬局コード |       |
| 指定年月日            | 年 月 日        | 年 月 日 |
| 申請事由             |              |       |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

北海道厚生局長 様

開設者の 住所 〒  
氏 名  
電話番号 - -  
(担当者名 : )