

保険医療機関  
保険薬局

指定通知書再交付申請書

送付先 〒060-0808  
札幌市北区北8条西2丁目1番1号  
札幌第1合同庁舎6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          |  |
| 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: )