

保険医療機関  
 保険薬局 指定申請書記載事項変更届

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 又は保険薬局	名称		
	所在地	〒	
	保険医療機関・薬局コード		
変更事項（該当するものを○で囲む）		医療機関又は薬局の名称・開設者名称・診療科・診療日・診療時間 医療機関又は薬局の住居表示・開設者住居表示・その他( )の変更	
変更内容	変更前		
	変更後		
変更年月日	平成	年	月 日

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

北海道厚生局長 様

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

(注) この届書は、指定申請書に記載した事項に変更があった場合に提出してください。  
 ただし、その変更が管理者に関するものであるとき、又は保険医、保険薬剤師の転入、転出に関するものであるときは、この届書によらず、それぞれ所定の届書により提出してください。