

保 險 医  
保 險 薬 剤 師

登 録 票 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 險 医 保 險 薬 剤 師 の 氏 名 及 び 生 年 月 日	フリガナ 氏 名	大 正 昭 和 年 月 日 生 平 成 昭 和
保 險 医 保 險 薬 剤 師 の 登 録 記 号 番 号 及 び 登 録 年 月 日	(注) 北 医 歯 薬 号	平 成 年 月 日 登 録 令 和

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

北海道厚生局長 様

〒 -  
保 險 医 又 は 住 所  
の

保 險 薬 剤 師  
氏 名

電 話 番 号 - -

(注) 登録記号番号が不明な場合は、免許証に記載された医籍番号、歯科医籍番号、薬剤師名簿登録番号を記入し、その写し(A4)を添付してください。