

医師法、歯科医師法、薬剤師法による処分を受けたことの届

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・保険薬剤師 の氏名 | | 登録 記号番号 | 北 医 歯 薬 第 号 |
| 行政処分の事由 | | | |
| 行政処分の内容 | 1 医師・歯科医師・薬剤師免許取消 2 医業・歯科医業・薬剤師業務停止(停止期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで) | | |
| 現に診療又は調剤している 保険医療機関又は保険薬局 | 名称 | 保険医療機関・薬局コード | |
| | 所在地 | | |

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

北海道厚生局長 様

〒
 保険医又は 住所
 の
 保険薬剤師 氏名
 電 話 番 号 — —

※ 行政処分の内容が免許取消の場合は、保険医又は保険薬剤師登録票(紛失した場合は、登録票滅失届)を添付して提出してください。