

保 險 医  
保 險 薬 剤 師

登 録 票 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 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。