

保 險 医 師
保 險 薬 剤 師

登録票の滅失届

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 險 医 保 險 薬 剤 師 の 氏 名 及 び 生 年 月 日	氏 名	大 正 昭 和 年 月 日 生 平 成
保 險 医 保 險 薬 剤 師 の 登 録 記 号 番 号 及 び 登 録 年 月 日	北 医 歯 薬 号	大 正 昭 和 年 月 日 登 録 平 成
滅 失 の 理 由		

上記のとおり届出します。

平成 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

印

※この届出を死亡届に添付の場合は、届出義務者の住所、氏名、電話番号を記載してください。