

保 険 医
保 険 薬 剤 師

管轄地方厚生(支)局長変更届

保険医 又は 保険薬剤師	(フリガナ)	カントウ ハナコ													
	氏名	関東 花子													
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	XX	年	XX	月	XX	日	性別			男・ 女			
	住所	〒 XXX-XXXX 北海道札幌市△△区△△ 1-1-1													
	医籍等登録番号	第	XXXXX	号	登録年月日	大正・昭和 平成・令和	XX	年	XX	月	XX	日			
	保険医又は保険薬 剤師の登録の記号 及び番号	東	医 歯 薬	XXXXX	号	登録年月日	大正・昭和 平成・令和	XX	年	XX	月	XX	日		
従事する保険 医療機関又は 保険調剤薬局	(フリガナ)	コウセイクリニック													
	名称	厚生クリニック													
	所在地	〒 XXX-XXXX 北海道札幌市△△区△△ 1-1-1 △△ビル1階													
変更前の住所		〒 XXX-XXXX 東京都千代田区〇〇 1-1-1										変更年月日		令和 XX 年 XX 月 XX 日	
変更前の保険 医療機関又は 保険調剤薬局	名称	関東信越クリニック										変更年月日		令和 XX 年 XX 月 XX 日	
	所在地	〒 XXX-XXXX 東京都千代田区□□ 1-1-1 □□ビル×階										変更年月日		令和 XX 年 XX 月 XX 日	
個人番号(マイナンバー)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	(12桁)

上記のとおり変更したので届け出します。

令和 XX 年 XX 月 XX 日

実際に異動した日付
を書いてください

【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】

〒 XXX-XXXX

住所 北海道札幌市△△区△△ 1-1-1

氏名 関東 花子

電話番号 (XXX) XXX - XXXX

関東信越厚生局長 様