

保 険 医 療 機 関
保 険 薬 局 指定通知書再交付申請書

| | | |
|-------------------|-----------|--------|
| 医療機関（薬局）コード | | |
| 病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局 | 名 称 | (フリガナ) |
| | | (法人名) |
| | 所 在 地 | (フリガナ) |
| | | (機関名) |
| | 〒 | |
| 再 交 付 申 請 の 理 由 | 紛 失 ・ き 損 | |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

開設者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

関東信越厚生局長 殿