

保険医療機関  
保険薬局 指定通知書紛失届

医療機関(薬局)コード			
(フリガナ) 名 称		電話番号	
所 在 地		FAX番号	
紛失の理由			

上記のとおり届け出ます。

なお、紛失した指定通知書を発見した際は、速やかに返納いたします。

令和 年 月 日

九州厚生局長 殿

開設者の住所及び氏名

(法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称、代表者の職氏名)

(住 所) 〒

(氏 名)

電話番号 ( )