

医療機関（薬局）コード

保 険 医 療 機 関
保 険 薬 局

指定通知書再交付申請書

病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局

名 称

(フリガナ)

(法人名)

(フリガナ)

(機関名)

所 在 地

〒

再 交 付 申 請 の 理 由

紛 失 ・ き 損

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

四国厚生支局長 殿

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)

(連絡先電話番号 - -)

印