

保 險 医 管轄地方厚生（支）局長変更届
保 險 薬 剤 師

① 保 險 医 保 險 薬 剤 師	氏 名	(フリガナ)			男・女
		明治・大正 昭和・平成 年 月 日生			
② 医 籍 歯 科 医 籍 薬 剤 師 名 簿	登録番号	第 号	登 録 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 平成・令和	
③ 保 險 医 保 險 薬 剤 師	登録番号	医 歯 薬 号	登 録 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 平成・令和	
④ 変 更 前	病 院 診 療 所 薬 局	名 称	(法人名)		
		名 称	(機関名)		
	所在地	〒 電話番号			
⑤ 変 更 前 の 住 所		〒 電話番号			
⑥ 変 更 後	病 院 診 療 所 薬 局	名 称	(法人名)		
		名 称	(機関名)		
	所在地	〒 電話番号			
⑦ 変 更 後 の 住 所		〒 電話番号			
⑧ 変 更 年 月 日		平成・令和 年 月 日			
⑨ 事 由					

上記のとおり変更したのでお届けします。

令和 年 月 日

保 險 医
氏 名
保 險 薬 剤 師

四 国 厚 生 支 局 長 殿

(注) 保険医、保険薬剤師登録票を必ず添付してください。