

登録申請に係る連絡票

東海北陸厚生局事務所等からの登録申請書に関する照会等の連絡が円滑に行われるよう、下記に記載の上、申請書に添付して提出願います。

①申請者の連絡先等

申請年月日	令和 年 月 日		
申請者の氏名・連絡先			
氏名	(フリガナ)		
TEL			
FAX			
勤務（予定）保険医療機関・薬局			
医療機関（薬局）コード			
名称等	法人名	(フリガナ)	
	機関名	(フリガナ)	
	TEL		
	FAX		

②申請者の略歴（下記事項の記載された履歴書を添付いただいても結構です。）

出身大学名	大学	学部	(卒業年度 年度)
履歴事項（大学卒業後の経歴を記入願います）			
勤務等年月	名 称	所 在 地	
自) 年 月			
至) 年 月			
自) 年 月			
至) 年 月			
自) 年 月			
至) 年 月			
自) 年 月			
至) 年 月			