

(大阪局様式)

労災保険指定薬局変更届

平成 年 月 日

大阪労働局長 殿

労災指定薬局番号

2	7	4					
---	---	---	--	--	--	--	--

薬局の名称	
所在地	

開設者の住所及び氏名

印

電話 ()

下記事項について、下記の通り変更がありましたのでお届けします。(変更項目のみ記載)

管理薬剤師	旧		変更年月日
	新	(登録番号)	.
薬局店舗閉鎖 ・ 事業廃止	廃止年月日	廃止の 事 由	
	.		

※ 上記以外の事項(薬局名称、代表者氏名、薬局所在地、振込口座関係等)に変更が生じた場合には、
厚生労働省所定の「指定・氏名機関登録(変更)報告書」
診機様式第22号・診機様式第23号 により報告してください。