

労災保険指定薬局
店舗閉鎖・業務廃止・辞退等届

令和 年 月 日

大阪労働局長 殿

労災指定薬局番号	2	7	4					← 全8桁 必ず記入のこと
薬局店舗の名称								
上記店舗所在地								

開設者の住所及び氏名(法人の場合は、法人名称、所在地、代表者氏名)

電話 ()

下記の事由が生じましたのでお届けします。

廃止等の事由 (該当項目に○印を 付してください。)	1.店舗閉鎖・廃業のため 2.営業譲渡による 3.辞退 4.その他()		
廃止年月日		備 考	※営業譲渡先

この廃止等届の提出先

〒540-0003

大阪府中央区森ノ宮中央1-15-10~3F

大阪労働局 労災補償課 3階 審査部

電話 06-7711-0740

(ご注意)

この薬局廃止届の様式は、大阪労働局独自に所定しているものであり、大阪労働局以外の取り扱いについては、該当他府県所轄局の担当課にお問い合わせください。

この薬局廃止届を提出された場合には、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)の提出は省略できることとします。