

(大阪局様式)

労災保険
指定薬局 **管理薬剤師変更届**

令和 年 月 日

大阪労働局長 殿

労災指定薬局番号

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

 ← 必ず記入のこと

薬局の名称	
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 ()

下記の通り本薬局の管理薬剤師の変更が生じたのでお届けします。

	管理薬剤師	旧		変更年月日
		新	(登録番号)	

この変更届の提出先

〒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)

この変更届の様式は、大阪労働局所定のものであり、大阪労働局以外の取り扱いについては、該当各所轄局の担当課にお問い合わせください。

この届用紙が複数枚必要な場合は、コピーしてご使用ください。