

保険医療機関
保険薬局

指定通知書再交付申請書

送付先 〒060-0808
札幌市北区北8条西2丁目1番1号
札幌第1合同庁舎6階
厚生労働省 北海道厚生局

保険医療機関 又は保険薬局	名称	
	所在地	
	保険医療機関・薬局コード	
指定年月日	年 月 日	
申請事由		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

北海道厚生局長 様

開設者の 住所 〒
氏 名
電話番号 - -
(担当者名 :)