

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書

(薬局)

		変 更 前	変 更 後
保険薬局	名 称	(医療機関コード -)	(医療機関コード -)
	所在地	〒 - 電話番号 ()	〒 - 電話番号 ()
開 設 者	住 所	〒 - 電話番号 ()	〒 - 電話番号 ()
	氏名又は 名 称		
	生年月日		
	職 名		
薬 剤 師 の 氏 名			
変 更 年 月 日		年 月 日	

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第64条の規定に基づき、変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため、届出を行う。

年 月 日

開 設 者

住 所

氏名又は名称

堺 市 長 殿

注意

- 1 変更前の欄は、全ての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。
- 2 「薬剤師の氏名」に変更が生じている場合は、変更後の薬剤師の経歴書を添付すること。