

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	〇〇薬局 (医療機関コード〇〇-〇,〇〇〇,〇)	(医療機関コード -)
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市堺区南瓦町3番1号 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	〒 - 電話番号 ()
開設者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市〇区〇〇町〇番〇号 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	〒 - 電話番号 ()
	氏名又は 名 称	株式会社〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇	
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
	職 名	代表取締役	
薬 剤 師 の 氏 名		〇〇 〇〇	〇△ 〇△
変 更 年 月 日		令和〇年〇〇月〇〇日	

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。

令和〇年〇〇月〇〇日

開 設 者

住 所

堺市〇区〇〇町〇番〇号

氏名又は名称

株式会社〇〇〇〇

代表取締役 〇〇 〇〇

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。