

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）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	
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所</p> <p>氏名又は名称</p> <p>堺 市 長 殿</p>			

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 「保険薬局」の「所在地」に変更が生じている場合は、変更後の調剤のために必要な設備及び施設の概要を記載した書類を添付すること。
- 3 「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。