

## 指定自立支援医療機関(更生・育成医療)変更届(薬局)

新	薬局名	名 称	(医療機関コード )		
		所 在 地	〒 - TEL ( )		
	開設者	住 所	〒 - TEL ( )		
		氏名又は 名 称			
		生年月日	職 名		
旧	薬局名	名 称	(医療機関コード )		
		所 在 地	〒 - TEL ( )		
	開設者	住 所	〒 - TEL ( )		
		氏名又は 名 称			
		生年月日	職 名		
新	薬 剤 師 の 氏 名			略 歴	(別紙①)
旧	薬 剤 師 の 氏 名				
役員の氏名、生年月日及び住所					(別紙③)
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います。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(提出先) 大阪市長 <span style="float: right;">㊟</span></p>					

※変更される項目は必ず新旧とも記入してください。

※薬局名称以外の変更を届ける場合、必ず現在の薬局名を旧薬局名欄に記入してください。

※薬局の所在地や自立支援医療の種類の変更は指定申請書を提出して下さい。