

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)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				
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;">氏名又は名称</p> <p>(提出先) 大 阪 市 長</p>					