

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	●×薬局 ●●店 (医療機関コード ×××××)		
		所在地	●●区●●町×× 〒 ●●● - ■■■■ TEL 06 (××××)■■■■		
	開設者	住所	●●区●●町×× 〒 ●●● - ■■■■ TEL 06 (××××)■■■■		
		氏名又は 名称	大阪 次郎		
		生年月日	平成●年▲月■日	職名	代表取締役社長
新	薬剤師の氏名	大阪 三太郎	略歴	(別紙①)	
旧	薬剤師の氏名	大阪 花子			
変更年月日		令和●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>令和●年 ▲月 ■日</p> <p>開設者 ●●株式会社</p> <p>住所 ●●区●●町××</p> <p>氏名又は名称 大阪 次郎</p>					
(提出先)		大阪市 長			

旧の記載欄は現在登録している内容とは異なる記載となります

薬剤師変更の場合、別紙①と免許証の写しを添付