

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)変更届(薬局)

変更のあった項目のみ記載

旧の記載欄は現在登録している内容をそのまま記載しない

新	薬局名	名称	●×薬局 ●●店 (医療機関コード ×××× )		
		所在地	〒 ●●● - ■■■■ TEL 06 ( ×××× )■■■■		
	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	株式会社 ●● 代表取締役 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		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> <p>(提出先) 大阪市長</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。