

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定内容変更届出書

【薬局】

		変 更 前	変 更 後
保険薬局	フリガナ 名 称		
	医療機関コード		
	所在地	〒 電話 ()	〒 電話 ()
開設者	氏名または名称		
	住 所	〒 電話 ()	〒 電話 ()
	代表者生年月日	年 月 日	年 月 日
	代表者職名		
管理薬剤師の氏名			
管理薬剤師の略歴		(別紙)※薬剤師の変更のあった場合に添付	
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>氏名または名称</p> <p>(提出先)大阪市長</p>			

※左列【変更前】の項目は全て記入し、右列【変更後】は変更した項目のみ記入すること