

**指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届出書
(薬局)**

(名称 所在地 開設者 薬剤師) 該当項目に○を付けてください。

※変更に伴い薬局コードが変更になる場合は廃止届と新規の指定申請をしてください。

保険薬局	(フリガナ) 名 称	(医療機関コード)			
	所 在 地	〒 _____ (電話) - -			
開 設 者	住 所	〒 _____			
	氏名又は名称				
	生年月日	年 月 日	職 名		
薬 剤 師 の 氏 名				略 歴	(別紙)
変更前の届出内容					
<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います。</p> <p style="text-align:center;">年 月 日</p> <p style="text-align:right;">開 設 者</p> <p style="text-align:right;">住 所</p> <p style="text-align:right;">氏名又は名称</p> <p style="text-align:right;">〔 法人にあつては、主たる事務所の 所在地、名称及び代表者の氏名 〕</p> <p>(あて先) 川 崎 市 長</p>					

※ 直近の指定の申請(変更届出含む)時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができます。

(別紙)

経 歴 書

ふりがな 氏 名		生年月日	
現住所			
学 位		最終学歴	
主 職 た る 歴			