

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	****ヤッキョク ****支店 ○○薬局 ○○支店 (医療機関コード) 1234567			
	所 在 地	〒 ***-**** 川崎市○○区○○町○-○-○ (電話) 044- ***-****			
開 設 者	住 所	〒 ***-**** 東京都○○区○○町○-○-○			
	氏名又は名称	○○株式会社 ○○ ○○			
	生年月日	年 月 日	職 名	代表取締役	
薬 剤 師 の 氏 名		◇◇ ◇◇		略 歴	(別紙)
変更前の届出内容		変更前の薬剤師 □□ □□			
<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>令和○年 ○月 ○日</p> <p>開 設 者 ○○株式会社</p> <p>住 所 東京都○○区○○町○-○-○</p> <p>氏名又は名称 代表取締役 ○○ ○○</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	昭和○年○月○日
現住所	神奈川県横浜市○○区○○町○-○-○		
学 位	学士	最終学歴	○○大学○○学部
主 職 た る 歴	平成○○年○月～ ○○株式会社 入社 ○○薬局○○支店 勤務 平成○○年○月～ ○○薬局△△支店 勤務		