指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届

（薬局）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保　険　薬　局 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ※　以下は、変更があった事項のみ記入及び別紙添付してください。 |
| 保　険　薬　局 | 名称 | （新） |
| （旧） |
| 所在地 | （新）〒 |
| （旧）〒 |
| 開　　設　　者 | 住所 | （新）〒 |
| （旧）〒 |
| 氏名又は名称 | （新） |
| （旧） |
| 職名 | （新） |
| （旧） |
| 生年月日 | （新） |
| （旧） |
| 管理薬剤師の氏名 | （新） | 略歴 | （別紙１） |
| （旧） |
| 調剤のために必要な設備及び施設の概要 | （別紙２） |
| 変更年月日（変更事項ごとに記入） | 　　　年　月　日 |
| 　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条の規定により届け出ます。　令和　　年　　月　　日　　　　　　開　 設　 者　　　　　　　　　　住　　　　所　　　　　　　　　　 氏名又は名称　　　　　　　　　　　　岐　阜　県　知　事　　様 |

　備考　「略歴」及び「調剤のために必要な設備及び施設の概要」に関して変更がある場合は、第11号様式における（別紙１）及び（別紙２）を添付すること。