指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)変更届出書
(薬局)

保険薬局	名 称			
	所 在 地			
	連絡先電話番号 及び連絡先電子 メールアドレス	@		
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
薬剤師の氏名			略 歴	
調剤のために必要な設備及び施設の概要				
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 電 話 番 号</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>(あて先)千葉市長</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る。

(別紙1 - 2)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏名		生年月日	
現住所					
最終学歴					
主たる 職 歴					

(別紙2-2)

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造		調剤室の面積	
	品目	品目	
主たる設備			

- (備考)
- 1 薬局の見取図を添付すること。
 - 2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。