

様式 2 - (2)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書
（薬局）

保険薬局	名 称						
	所 在 地	〒 電話番号 ()					
	医療機関コード						
開設者	住 所	〒 					
	氏名又は名称						
		職 名					
薬 剤 師 の 氏 名					略 歴	(別紙)	
役 員 の 変 更 等							
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 住 所 氏名又は名称 電話番号</p> <p>佐賀県知事 様</p>							

変更が生じている事項については、「」にチェック（）を入れてください。

変更が生じていない事項についても記入してください。

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)

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					

薬剤師免許証の写しを添付すること。

「主たる職歴」欄には、調剤業務に従事した薬局の名称及び当該薬局での職名を記入すること。

