様式２－（２）

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 | | 〒      　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード | |  |  | |  |  | |  | | |  | |  |
| 開設者 | * 住　　　　所 | | 〒      　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| * 氏名又は名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | 職名 | | |  | | | |
| * 管理薬剤師の氏名 | | |  | | | | | | | 略歴 | | | （別紙１） | |
| * 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 | | 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（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。  　　　　年　　　月　　　日  　開　 設 　者  住　 所  氏名又は名称  　佐賀県知事　　様 | | | | | | | | | | | | | | |

※　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。

※　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。