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。