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 | | | 変　更　前 | 変　更　後 | | |
| 保険医療機関 | | 名　　　　称 |  |  | | |
| 所在地 | 〒 | 〒 | | |
| 電話番号 | （　　　　）　　　－ | （　　　　）　　　－ | | |
| 開設者 | | 住　　　　所 | 〒 | 〒 | | |
| 名称及び氏名 |  |  | | |
| 生年月日 |  |  |  | |
| 職　　　　名 |  |  |  | |
| 薬剤師の氏名  （変更後の略歴（別紙１２）） | | |  |  |  |  |
| 調剤のために必要な設備及び施設の概要 | | | | | （別紙１３） | |
| 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  　岡　山　市　長　　殿 | | | | | | |
|  | | | | | |

※　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。