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。