指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届

薬局用医療機関指定申請書（薬局用）

年　　　月　　　日

　　　いわき市長　様

住所（所在地）

届出者　氏名（名称及び代表者氏名）　　　　　　　　　印

電話番号

　　次のとおり変更が生じましたので、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第64条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬局 | 名称 |  | |
| 所在地 | 電話番号 | |
| 開設者 | 氏名又は名称 |  | |
| 住所 | 電話番号 | |
| 自立支援医療機関  指定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 薬剤師の氏名 | |  | |
| 薬剤師の略歴 | |  | |
| 調剤のために必要な 設備及び施設の概要 | |  | |
| 変更年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 変更内容 | | 旧 | 新 |
|  |  |

　備考　各項目の欄に記入できない場合は、別紙として作成し、この様式に添付してください。