

別紙様式2 - (2)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書
（薬局）

保 険 薬 局	名 称	[保険薬局コード（7桁）：]		
	所 在 地	(〒 -) [電話番号：]		
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
変 更 事 項	変更後： （変更前：) [変更日： 年 月 日]			
薬 剤 師 の 氏 名		略 歴	(別紙1)	
医療機関からの処方箋受付状況	(別紙2)			
上記のとおり、指定を受けた内容を変更したので、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。 年 月 日 開設者 住 所 氏名又は名称 栃木県知事 様				

※ 直近の指定の申請（変更の届出を含む。）後に変更がない事項については、当該事項にかかる添付書類を省略することができる。