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。