

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						
	所 在 地	〒					
	医療機関コード						電話番号 ()
変更事由 (該当に○印)	① 薬局の名称 ② 薬局の所在地 ③ 開設者の住所 ④開設者の氏名又は名称 ⑤ 担当する薬剤師 (別紙及び薬剤師免許証の写しを添付)						
変更内容 変更事由番号 ()	新						[変更年月日]
	旧						年 月 日
変更内容 変更事由番号 ()	新						[変更年月日]
	旧						年 月 日
変更内容 変更事由番号 ()	新						[変更年月日]
	旧						年 月 日
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 (〒 -)</p> <p>氏名又は名称</p> <p>長崎県知事 殿</p>							

※ 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。

