

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 | | | |
| | 所 在 地 | | | |
| 開 設 者 | 住 所 | | | |
| | 氏名又は名称 | | | |
| | 生 年 月 日 | | 職 名 | |
| 薬 剤 師 の 氏 名 | | | 略歴 | (別紙 1) |
| 調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要 | | | (別紙 2) | |
| 変 更 内 容 | | | | |
| 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 | | | | |
| 長 崎 県 知 事 殿 | | | | |

| | |
|-----------------|--|
| 申請書作成者名（部署名も記入） | |
| 電話番号 | |

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。

(別紙1)

経歴書

| | | | | | |
|-----------|--|--------|--|------|--|
| 学位 | ふり 氏 | な 名 | | 生年月日 | |
| 現住所 | | | | | |
| 最終学歴 | | | | | |
| 主たる 職歴 | () () () () () () () () | | | | |

(備考) 1 主たる職歴の欄に、他の指定自立支援医療機関で管理薬剤師として従事歴がある場合は、()内に を付け明記すること。

(別紙2)

調剤のために必要な設備及び施設の概要

| | | | |
|--------|--------|--------|--|
| 調剤室の構造 | | 調剤室の面積 | |
| 主たる設備 | 品 目 | 品 目 | |
| | | | |

(備考) 1 薬局の見取図を添付すること。
2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるもの記載すること。

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| 出入口に段差はない。 | | ・左記の項目を確認のうえ、 「レ」を記入して下さい。 (ご記入者名) |
| 待合室内は車いすの移動が可能。 | | |
| 身障者対応トイレである。 | | |
| 身障者対応トイレでない場合、 スタッフが介助できる体制にある。 | | |

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書

記載例

(薬局)

| | | | | |
|---|--------------------|---------------------------------|--------|--------|
| 保険薬局 | 名 称 | 県庁薬局 | | |
| | 所 在 地 | 市 町 番 号 | | |
| 開 設 者 | 住 所 | 市 町 番 号 | | |
| | 氏名又は名称 | 株式会社県庁薬品 代表取締役 長崎 一郎 | | |
| | 生 年 月 日 | S. . . | 職 名 | 代表取締役 |
| 薬 剤 師 の 氏 名 | 県庁 花子 | | 略歴 | (別紙 1) |
| 調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要 | | | (別紙 2) | |
| 変 更 申 請 理 由 | 平成 年 月 日から管理薬剤師を変更 | | | |
| 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。 | | その他、調剤のために必要な設備の変更など、変更内容を記入する。 | | |
| 平成 年 月 日 | | | | |
| 開 設 者 株式会社県庁薬局 住 所 市 町 番 号 氏名又は名称 代表取締役 長崎 一郎 | | | | |
| 長 崎 県 知 事 殿 | | | | |

| | | |
|-----------------|----|---|
| 申請書作成者名（部署名も記入） | 会社 | 課 |
| 電話番号 | - | - |

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。

(別紙1)

| 記載例 | | 経歴書 | | | | |
|-------|---------------------|--------|--------|--------------------|------|---|
| 学位 | 薬学士 | 姓 氏 | 名 称 | けんちょう はなこ 県庁 花子 | 生年月日 | S . . . |
| 現住所 | 市町番号 | | | | | |
| 最終学歴 | 大学 学部 学科 | | | | | 備考のとおり、他の指定自立支援医療機関で管理薬剤師としての従事歴がある場合には をつける。 |
| 主たる職歴 | () 平成 年 月 ~ 平成 年 月 | | | | | 薬局勤務 |
| | () 平成 年 月 ~ 平成 年 月 | | | | | 薬局勤務 |
| | () 平成 年 月 ~ 平成 年 月 | | | | | 薬局勤務 |
| | () 平成 年 月 ~ 平成 年 月 | | | | | 薬局勤務(管理薬剤師) |
| | () 平成 年 月 ~ 平成 年 月 | | | | | 薬局勤務(管理薬剤師) |
| | () 平成 年 月 ~ 平成 年 月 | | | | | 薬局勤務(管理薬剤師) |
| | () 平成 年 月 ~ | | | | | 薬局勤務(管理薬剤師) |

(備考) 1 主たる職歴の欄に、他の指定自立支援医療機関で管理薬剤師として従事歴がある場合は、()内に を付け明記すること。

(別紙2)

調剤のために必要な設備及び施設の概要

| | | | |
|--------|---------------|---|----------------|
| 調剤室の構造 | 鉄骨、木造など | 調剤室の面積 | m ² |
| 主たる設備 | 品目 | 品目 | |
| | 分包機 麻薬金庫など | 備考にも記載してあるとおり、薬局等構造設備規則に掲げるもの以外のものがある場合は記入すること。 | |

(備考) 1 薬局の見取図を添付すること。
2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるもの記載すること。

| | | |
|------------------------------------|---|---------------------------|
| 出入口に段差はない。 | レ | どちらか片方に“レ”をつける。 |
| 待合室内は車いすの移動が可能。 | レ | ・左記の項目を確認のうえ、「レ」を記入して下さい。 |
| 身障者対応トイレである。 | レ | (ご記入者名) |
| 身障者対応トイレでない場合、 スタッフが介助できる体制にある。 | | 県庁 花子 |