

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 (注1)			
	所 在 地	〒 _____ 電話() 局 番		
開 設 者	住 所	〒 _____		
	氏名又は名称			
	生年月日 (注2)		職名 (注3)	
薬 剤 師 の 氏 名			略 歴 (注4)	(別紙経歴書)
変 更 年 月 日				
変 更 の 内 容	変 更 前			
	変 更 後			
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(開 設 者) 住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 及び代表者職氏名</p> <p style="text-align: center;">電 話 () 局 番</p> <p style="text-align: center;">申 請 担 当 者 名</p> <p>山 口 県 知 事 様</p>				

注1 保険医療機関の名称は、正式名称を記載すること(保険薬局指定通知書を確認)。

注2 生年月日について、開設者が法人の場合は記入不要。

注3 職名について、開設者が法人の場合は記入不要。開設者が個人の場合は、医療機関における職名(例：管理薬剤師等)を記載すること。

注4 直近の指定の申請(変更届出含む)時点から「薬剤師」に変更が生じていない場合については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。