

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書（記入例）  
（薬局）

保険薬局	名称（注1）	〇〇薬局 ※正式名称をご記入ください。		
	所在地	〒〇〇〇—〇〇〇〇 山口市〇〇町△△1番1号 電話（〇〇〇）〇〇〇局〇〇〇〇番		
開設者	住所	〒〇〇〇—〇〇〇〇 山口市△△町〇〇2番2号 ※個人開設の場合は代表者住所		
	氏名又は名称	株式会社 〇〇 ※個人開設の場合は代表者氏名		
	生年月日（注2）	※昭和〇年〇月〇日	職名（注3）	※管理薬剤師
薬剤師の氏名		山口 次郎	略歴（注4）	（別紙経歴書）
変更年月日		平成〇年〇月〇日		
変更の内容	変更前	薬剤師：山口 太郎		
	変更後	薬剤師：山口 次郎		
<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>令和〇年 〇月 〇日</p> <p>（開設者） 住 所 〒〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇市△△町〇〇2番2号 氏名又は名称 株式会社〇〇 及び代表者職氏名 代表取締役 山口 太郎</p> <p>電 話（〇〇〇） 〇〇〇局 〇〇〇〇番</p> <p>申請担当者名 事務部 山口 花子</p> <p>山 口 県 知 事 様</p>				

変更事項をご記入ください。記入例は、薬剤師の変更です。

申請日をご記入ください。

内容について、お問い合わせする場合があります。

押印は不要です。（個人・法人とも）  
（個人・法人とも）

- 注1 保険医療機関の名称は、正式名称を記載（個人・法人とも）  
注2 生年月日について、開設者が法人の場合  
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。