

様式第3号（その2）

指定自立支援医療機関(精神通院医療)届出事項変更届出書(薬局)

区 分	旧	新
薬局の名称及び所在地		
開設者の住所及び氏名又は名称		
開設者の生年月日		
開設者の職名		
調剤のために必要な設備及び施設の概要		
薬剤師の氏名及び経歴		付表
そ の 他 の 事 項		
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 理 由		
上記のとおり変更がありましたので、障害者総合支援法第64条の規定により届け出ます。 年 月 日 開 設 者 住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地) 氏名(法人にあつては、名称及び代表者氏名) 印 熊本市長 様		

- 備考 1 「開設者の生年月日」「開設者の職名」については、開設者（法人にあつては代表者）に変更が生じた場合に記載すること
- 2 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。

付表

経歴書

学 位		氏 名		生年月日	
現 住 所					
最終学歴					
主たる 職 歴					