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）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | | |
|  | 〒　　　－ | | | |
| ℡　　　－　　　　－ | | | |
|  | （法人の場合、主たる事務所の所在地） | 〒　　　－  ℡　　　－　　　　－ | | | |
| 氏名または法人の名称 |  | | | |
| 生年月日  法人の場合は不要 |  | 職名  法人の場合は不要 |  | |
|  | |  | | 略歴 | （別紙１） |
|  | | | | （別紙２） | |
| 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。 | | | | | |
|  | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
|  | | | | | |
| 開　設　者 | | | | | |
| 住　　　　所 | | | | | |
| 職名及び氏名  　　　　　　　　　　　法人にあっては名称、  代表者の職名及び氏名 | | | | | |
|  | | | | | |
| 熊　本　市　長　　様 | | | | | |

※　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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ふり がな  氏　　名 |  |  |  |  |
|  |  | 生年月日 |  |  |
|  |  | | | | |  |
|  | （卒業　　　　年　　月） | | | | |  |
|  | ※いつからいつまでか期間を明示し、会社名ではなく薬局の店舗名を記載すること  例：平成２８年４月～令和元年６月（３年３ヶ月）　〇〇調剤薬局△△店　管理薬剤師 | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  |

（別紙２）

**調剤のために必要な設備及び施設の概要**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 調剤室の面積 | |  |  |
|  | 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、その主たるものを記載すること。