

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	〒 — TEL — —		
開 設 者	住 所 (法人の場合、主たる 事務所の所在地)	〒 — TEL — —		
	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	
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)	
<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 年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 職名及び氏名 〔 法人にあつては名称、 代表者の職名及び氏名 〕</p> <p>熊 本 市 長 様</p>				

※ 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		ふりがな 氏 名		生年月日	
現住所					
最終学歴	(卒業 年 月)				
主たる 職 歴	※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） ○○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、その主たるものを記載すること。