

様式第12号

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)

変更事項		変更前	変更後
1 保険薬局の名称及び所在地		〒〇〇〇-〇〇〇 福岡市中央区〇〇丁目〇〇番〇〇号 〔電話番号 092-〇〇〇-〇〇〇〇 〕	〒 — 〔 電話番号 〕
2 開 設 者	住 所	〒 —	〒 —
	氏名又は名称	変更が無い事項については、記載不要。 (1 保険薬局の名称及び所在地欄は必ず記載のこと)	
	生 年 月 日		
	職 名		
3 保険薬局コード			
4 管理薬剤師の氏名			略歴 (付表1)
			(付表2)
5 調剤のために必要な設備及び施設の概要			(付表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</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>福岡市長 様</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 株式会社〇〇薬局 住 所 福岡市博多区〇〇丁目〇番〇号 氏 名 又 は 名 称 代表取締役 〇〇 〇〇</p>			

※ 変更部分について記載すること。

※ 変更部分を説明する書類(県お届けの写しなど)を添付すること。

※「1 保険薬局名称および所在地」の欄は、変更がない場合でも 変更前 に記入すること。