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 | | 〒　　　　－  〔 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | 〒　　　　－  〔 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | |
| ２  開  設  者 | 住　　　　　　所 | 〒　　　　－  〔 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | 〒　　　　－  〔 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | |
| 氏名又は名称 |  |  | |
| 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） |
| ５　調剤のために必要な設備及び施設の概要 | |  | （付表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け出ます。  年　　　　月　　　　日  　福岡市長 様    開　　設　　者  住　　　　　所  氏名又は名称 | | | | |

※　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。**