様式第２８号

**指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届出書**

**(薬局)**

**※　「変更前」は全てを記入し、「変更後」には変更する事項のみを記入すること。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| 保険薬局 | 名称 |  |  |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
| 電話番号 |  |  |
| 医療機関コード |  |  |
| 開設者 | 住所  ※法人の場合、  主たる事業所住所 | 〒 | 〒 |
| 氏名  ※法人の場合、名称 |  |  |
| 薬剤師の氏名  ※変更の場合、付表を作成 | |  |  |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日より実施 | |
| 上記のとおり変更がありましたので、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第６４条の規定により届け出ます。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　福岡市長　　様  **開設者**  住所（法人の場合、主たる事業所の所在地）      氏名（法人の場合、名称及び代表者氏名） | | | |

付表

経歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  |
| 現住所 |  | | |
| 最終学歴 |  | | |
| 主たる経歴 |  | | |

**※薬剤師免許証の写しを添付すること。**