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)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 | |
| 1　保険薬局の名称及び所在地 |  |  | |
| 2　開設者の住所，氏名又は名称，生年月日及び職名 |  |  | |
| 3　薬剤師の氏名 |  |  | 略歴  (付表) |
| 上記のとおり，障害者総合支援法第６４条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項について変更があったので届け出ます。  　　　　年　　月　　日  　　　(宛先)  　　　　　　　　　　　　　　　　　（　薬　　局　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在 　地  名　　　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　（　開 設 者　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　 所  　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名又は名称 | | | |

付表

経歴書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | ふりがな  氏名 |  | 生年月日 |  |
| 現住所 |  | | | | |
| 最終学歴 |  | | | | |
| 主たる職歴 |  | | | | |

　※　薬剤師免許証の写しを添付すること。