様式第６号－２

指定医療機関変更届出書

（薬局）

<table>
<tr><td rowspan="4">保険薬局</td><td rowspan="3">□</td><td>変更前</td><td>名　　称</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">変更後</td><td>フリガナ</td><td></td></tr>
<tr><td>名　　称</td><td></td></tr>
<tr><td>□</td><td colspan="2">所　　在　　地</td><td>〒　　－

（電話番号：　　）</td></tr>
<tr><td>□</td><td colspan="2">薬局コード</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">開　設　者</td><td>□</td><td colspan="2">住　　所</td><td>〒　　－

（電話番号：　　）</td></tr>
<tr><td>□</td><td colspan="2">名　　称</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>□</td><td colspan="2">役員の氏名
及び職名</td><td>（別紙１）</td></tr>
<tr><td colspan="3">変更年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
</table>

上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１９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。

年　　月　　日

（あて先）福岡市長

開　　設　　者
住　　所
氏名又は名称

※　「保険薬局」欄は、変更の有無にかかわらず必ず記入すること。
※　変更がある事項の□の中にレ印を付すること。