

指定自立支援医療機関指定申請事項変更届 (薬 局)			
指 定 区 分		育成医療・更生医療	
保 險 薬 局	名 称	株式会社〇〇薬局△△店	
	所 在 地	山形市〇〇町△一△	
開 設 者	住 所	山形市△△町□一□	
	氏名又は 名 称	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇	
変更内容	事項及び変更年月日	変 更 前	変 更 後
	開設者の住所及び氏名又は 名 称 (〇年 〇月 〇日)	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇	株式会社〇〇薬局 代表取締役 □□ □□
	保険薬局（健康保険法第63 条第3項第1号に規定する 保険薬局）である旨 (年 月 日)		
	調剤のために必要な設備及 び施設の概要 (年 月 日)		
	そ の 他 必 要 事 項 管理薬剤師 (〇年 〇月 〇日)	〇〇 〇〇	□□ □□
備 考			
<p>上記のとおり指定自立支援医療機関申請書に記載した事項に変更があったので、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。 〇〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 山形市△△町□一□ 氏名又は名称 株式会社〇〇薬局 代表取締役 □□ □□</p> <p>(宛先) 山形市長</p>			

- 備考 1 育成医療又は更生医療のうち該当するものを○で囲むこと。
2 変更を確認するために必要な書類を添付すること。