

【記入例】

様式2-5

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）

項 目		変 更 の 内 容		
□ 薬 局	変更前	名 称		
		所 在 地	〒 :	
		医療機関コード		
	変更後	名 称		
		所 在 地	〒 :	
		医療機関コード		
□ 開 設 者	変更前	氏名又は名称		
		住 所	〒 :	
	変更後	氏名又は名称		
		住 所	〒 :	
			TEL :	FAX :
		生年月日		職 名
□ 調剤のために必要な設備及び施設の概要		様式2-3のとおり		
□ 薬局の休止、廃止、または再開		休止・廃止・再開	年 月 日	
□ 薬事法第2条、第5条第1項に規定する処分				
<p>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出を行う。</p> <p>○年○月○日</p> <p>(薬局の開設者) 住 所 △△市△△町△△丁目△△番地△△号 氏名又は名称 株式会社△△△△△ 代表取締役 △△ △△△ 印</p> <p>(薬局) 所 在 地 ○○市○○町○○丁目○番地○号 名 称 ○○○薬局 ○○店</p> <p>奈良県知事 殿</p>				

\* 変更される項目に☑し、「変更前」「変更後」の内容をご記入下さい。

\* 「薬局の休止・廃止・または再開」の項目を☑された場合は、いずれか該当するものに○印をして下さい。

\* 「変更の内容」については、☑を入れた欄のみご記入下さい。

( 改 定 :

\* 薬局・開設者の変更があった場合、左欄は「変更後」の内容と一致するようにご記入下さい。

\* 開設者の捺印をお願いします。

※ 変更項目の□にチェックのうえ内容を記入して下さい。

※ 「調剤のために必要な設備及び施設の概要」の変更の場合は様式2-3と薬局の見取図を添付して下さい。