

指定自立支援医療機関(精神通院)変更届所

変更の有無にかかわらず、太枠の中に
ついては全ての欄に記載してください。

(薬局)

変更後の欄については、変更があった
項目についてのみ記載してください。

		変 更 前	変 更 後
保険医療機関	名称	〇〇薬局 (医療機関コード ◇◇◇◇◇◇)	申請時に医療機関コードが不明な 場合は、確認ができ次第ご連絡を お願いいたします。
	所在地	〒 △△△-△△△△ 奈良市□□町□□番地 電話: FAX:	〒 電話: FAX:
		〒 ○○○-○○○○ 奈良市△△町△△△番地 電話: FAX:	〒 電話: FAX:
開設者が個人→「開設者」住所 開設者が法人→「理事長」「代表取締役」等 開設者		職名:代表取締役 甲野 一郎	開設者が個人→個人の住所 開設者が法人→法人の住所 開設者が法人→代表者の氏名
氏名又は名称		乙野 次郎	丙野 三郎
薬 剤 師 の 氏 名			
変 更 年 月 日		令和〇年〇月〇日	
医療機関の休止、廃止、再開		実際に変更した年月	
薬 剤 師 の 経 歴		別紙	
<p>上記のとおり、主として担当する医師を変更されたく届出する。</p> <p>なお、障害者の日常生活およ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59条第3項 で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7号を除く)の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p>令和〇年 〇月 〇日</p> <div>開設者が個人→個人の住所+氏名</div> <p>薬 局 の 開 設 者 住 所 奈良市□□町□□番地 氏 名 又 は 名 称 代表取締役 甲野 一郎</p> <p>奈良県知事 殿</p>			

・薬剤師免許証の写しを添付してください。

※太枠の欄の項目はすべて記入し、変更後の欄には変更のあった内容のみ記入すること。

経 歴 書 （薬 局）

学 位	学士	ふりがな 氏 名	へいの さぶろう 丙野 三郎	印	生年月日	生年月日昭和〇年〇月〇日 (〇〇歳)
現 住 所	大和郡山市〇〇町〇〇番地					
最 終 学 歴	〇〇大学薬学部〇〇学科卒業(平成〇年〇月卒業)					
主 たる 職 歴	平成〇年〇月〇日 薬剤師名簿登録第〇〇〇〇〇〇号 平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日 医療法人〇〇会〇〇病院(薬剤師) 平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日 〇〇株式会社〇〇薬局〇〇店(薬剤師) 平成〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日 〇〇薬局(管理薬剤師)					

(備考) 新規開局の場合は、過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者(管理薬剤師)を
されていた実績をご記入ください。

(誓約項目)

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59条第3項で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7号を除く)の規定関係

1 第4号関係

申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

2 第5号関係

申請者が、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その他の法律(児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

3 第5号の2関係

申請者が、労働に関する法律(労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

4 第6号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していない。

(1)指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であった者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

(2)指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

5 第8号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

6 第9号関係

申請者が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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

7 第10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人(事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又はその申出に係る法人でない者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。

8 第11号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第12号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。

10 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。