

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)

保 険 薬 局	名 称	医療機関コード ()			
	所 在 地	〒 TEL FAX			
開 設 者	住 所	〒 TEL FAX			
	氏名又は名称				
	生 年 月 日		職 名		
薬 剤 師 の 氏 名				略歴	(別紙1)
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要				(別紙2)	
役 員 の 氏 名 、 生 年 月 日 及 び 住 所				(別紙3)	
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。 年 月 日 開 設 者 住 所 氏名又は名称 印 (あて先) 東大阪市長					

※ 直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

(別紙1)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名	印	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してください。