

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定内容変更届出書（薬局）

		変 更 前	変 更 後
薬 局	名 称	(医療機関コード —)	(医療機関コード —)
	所 在 地	〒 — Tel ()	〒 — Tel ()
開 設 者	住 所	〒 — Tel ()	〒 — Tel ()
	氏名又は 名 称	(役職名)	(役職名)
		(生年月日) 年 月 日	(生年月日) 年 月 日
薬 剤 師 の 氏 名			
変更年月日		年 月 日	
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第64条の規定により指定内容の変更があったので届け出ます。 年 月 日 開 設 者 住 所 氏 名 豊 中 市 長 様 印			

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。

(別紙1)

経 歴 書

ふりがな 氏 名	印	生年 月 日	明治 大正 昭和	年	月	日
現 住 所						
最 終 学 歴	(年 月卒業)					

1. 職 歴

年 月 日	大学卒業後～現在に至る職歴	職名 (管理薬剤師等)

新規開局する保険薬局のみ記入

2. 他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての実績

指定自立支援医療機関名(薬局名)	所在地

※ 薬剤師免許証(写)を添付すること。(A4サイズ)

(別紙1)「経歴書」の記載要領

1. 職歴

- ・大学卒業後から現在に至るまでを詳細に記載してください。
(薬局の名称及び職名を記載してください。)

2. 「他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての実績」 (新規開局する保険薬局のみ記入)

- ・管理薬剤師として過去に他の指定自立支援医療機関で勤務した薬局の名称及び所在地を記載してください。

※ 薬剤師免許証(写)を添付してください。(A4サイズ)