別記様式２－（２）　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施行細則　別記様式第19号

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　）

【変更の時期：　　　年　月　日

　内　　　容：　　　　名　称　　　　所在地　　　開設者の名称又は住所　　】

（各欄に、従前の内容を（　）書きで記載すること。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 | (〒 - ) | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 開設者 | 住所 | (〒 - ) | | | | |
| 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 | | | 変更あり（別紙２を添付）  　変更なし | | | |
| 上記のとおり、指定を受けた内容を変更したので、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。  　　　　 年　　月　　日  開　　設　　者  住　　　　　所　〒 -    氏名または名称  　　　栃木県知事　様 | | | | | | |

（問合せ先　℡　　　　　　　　　　　　：担当者名　　　　　　　（別紙添書等に記載がある場合は省略可。））

（別紙１）

経歴書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | ふりがな  氏名 |  | 生年月日 |  |
| 現住所 |  | | | | |
| 最終学歴 |  | | | | |
| 主たる職歴 |  | | | | |

（別紙２）

調剤のために必要な設備及び施設の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調剤室の構造 |  | 調剤室の面積 | |  |
| 主たる設備 | 品目 | | 品目 | |
|  | |  | |

備考

　１　薬局の見取図を添付すること。

　２　主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第２号）に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。