

別紙様式2 - (2)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書
（薬局）

保 険 薬 局	名 称	〇〇薬局		
		[保険薬局コード（7桁）：〇〇〇〇〇〇〇〇]		
所 在 地		(〒〇〇〇-〇〇〇〇)		
		栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 [電話番号：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇]		
開 設 者	住 所	〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		
	氏名又は名称	株式会社〇〇〇〇 県庁 一郎		
	生 年 月 日	(元号) 〇年〇月〇日	職 名	代表取締役
変 更 事 項	変更後： 県庁 一郎（開設者） （変更前： 県庁 太郎） [変更日： (元号) 〇年〇月〇日]			
薬 剤 師 の 氏 名	県庁 太郎	略 称		
医療機関からの処方箋受付状況	(別紙2)			
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。 (元号) 〇年〇月〇日 開設者 住 所 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 氏名又は名称 株式会社〇〇〇〇 代表取締役 県庁 一郎 栃木県知事 様				

変更後の名称等を記載する。

変更の事項を記載する。
（法人名称又は所在地、
開設者名、医療機関名又は
所在地、管理薬剤師）

変更後の内容を記載する。
（名称、所在地、代表者名、
管理薬剤師など）

法人の本社所在地
※個人の場合は自宅住所

法人の名称 + 代表者の職名 + 代表者の氏名
※個人の場合は、氏名のみ

※ 直近の指定の申請（変更の届出を含む。）後に変更がない場合は、
かかる添付書類を省略することができる。