記載例

管理薬剤師に変更があった場合

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	○○薬局 ［保険薬局コード（７桁）：○○○○○○○］		
	所在地	（〒○○○－○○○○） 栃木県○○市○○　○-○-○ ［電話番号：○○○-○○○-○○○○］		
開設者	住所	○○県○○市○○　○-○-○		
	氏名又は名称	株式会社○○○○　県庁　太郎		
	生年月日	（元号）○年○月○日	職名	代表取締役
変更事項		変更後：　県庁　花子　（管理薬剤師） （変更前：　県庁　一郎　） ［変更日：　（元号）○年○月○日　］		
薬剤師の氏名		県庁　花子	略歴	（別紙１）
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[illegible]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）○年○月○日

開設者
住所　○○県○○市○○　○-○-○
氏名又は名称　株式会社○○○○
代表取締役　県庁　太郎

栃木県知事　様

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

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）

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）

別紙（変更後の管理薬剤師の経歴書）を添付すること

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