**様式２－（２）**

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 | |  | | | | |
| 所在地  及び電話番号 | | 〒  電話番号 | | | | |
| 開設者 | | 住所  及び電話番号 | | 〒  電話番号 | | | | |
| 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） | |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 | | 変更事項 | |  | | | |
| 変更前 |  | | | | | | | |
| 変更後 |  | | | | | | | |
| 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  　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）  　長野市長　宛 | | | | | | | | |

※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。