様式第14号（その２）薬局用（第12条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・精神通院医療）変更届出書

（薬局）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 変更後 | 変更前 |
| 保険薬局 | 名称 | (医療機関コード　　　　　　　) | (医療機関コード　　　　　　　) |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
| 開設者 | 住所 | 〒 | 〒 |
| 氏名または名称 |  |  |
| 生年月日 |  |  |
| 職名 |  |  |
| 薬剤師の氏名および略歴 | |  |  |
| 調剤のために必要な設備および施設の概要 | |  |  |
| 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条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたので、書類を添えて届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  開設者  住所  氏名または名称　　　　　　　　　　印  　　（あて先）　　　　　　　　　　　　　（変更年月日　　　年　　　月　　　日）  　　　滋賀県知事 | | | |

注　育成医療、更生医療または精神通院医療のうち、該当しない部分を二重線で消去してください。

（別紙１）

経　　　歴　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | ふり　　　　がな  氏　　名 | 印 | 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および施設の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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してください。

２　主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則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してください。