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。