様式第２－（２）号

**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 | □ |  | | | | |
| □所在地 | 〒 | | | | |
| □電話番号 |  | | | | |
| □医療機関コード |  | 開設年月日 | | 年　 月 　日 | |
| 開設者 | □住所  （法人にあっては、主たる事業所の所在地） | 〒 | | | | |
| □氏名  （法人にあっては名称） |  | | | | |
| □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　　　日より実施 | | | | |
| 上記のとおり、変更がありま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（平成１７年法律第１２３号）第６４条の規定により届け出ます。  　　　　　　　年　　月　　日  開　設　者  住　所（法人にあっては、主たる事業所の所在地）  氏　名（法人にあっては、名称及び代表者氏名）  北　九　州　市　長　　様 | | | | | | |

**※下記全てを記載の上、**変更する事項の□にレ点をチェックし、変更年月日を記入すること。

※　直近の指定申請（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。

（別紙１）

**経　　　歴　　　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 学位 |  | ふり　　　　がな  氏　　名 |  | 生年月日 |  |  |
| 現住所 |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  | 最終学歴 |  | | | | |  |
| 主たる  職歴 |  | | | | |

（備考）　　薬剤師免許状の写しを添付すること。

（別紙２）

**調剤のために必要な設備及び施設の概要**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調剤室の構造 |  | 調剤室の面積 | |  |
| 主たる設備 | 品　　　　　　　　目 | | 品　　　　　　　　目 | |
|  | |  | |

（備考）

　※　身体障害者に配慮した設備構造が確保されていることが確認できる平面図を添付すること。

※　主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第２号）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すること。