

記載例

第5号様式一(2)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書
(薬局用)

保険 薬局	名 称	〇〇薬局〇〇店 保険医療機関コード (〇〇〇〇〇〇〇〇)		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 <u>茅ヶ崎市〇〇町〇-〇</u> <u>茅ヶ崎市〇〇町△-△</u> TEL〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇		
開設者 (*)	住 所	横浜市中区日本大通〇		
	氏名（個人開設の場合） 又は法人名と代表者 (法人開設の場合)	株式会社〇〇 代表取締役〇〇-〇〇 <u>□□ □□</u>		
	生年月日 (個人開設の場合)		職名（個人開設 の場合）	
薬剤師の氏名	神奈川 花子 <u>川崎 二郎</u>	略歴	(第2号様式一 (2)の別紙1)	
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こと（次ページ参照）。 を行います。				
○年 ○月 ○日				
申請書提出日を記載すること。				
開設者（下記下線部に(*)と同じ住所等を記載）				
住 所 横浜市中区日本大通〇				
氏名又は 株式会社〇〇 法人名と代表者 代表取締役 <u>□□ □□</u>				
開設者(*)と同じ内容とすること。				
神奈川県知事 殿				

※1 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。

※2 変更部分について、下線（二重線）を引くこと。

【変更申請に必要な添付書類】

- 「薬剤師」の変更の場合:第2号様式-(2)の別紙1

(第2号様式-(2)の別紙1)

経歴書

学位	学士 (薬学)		
氏名	かわさき じろう 川崎 二郎	生年月日	〇年〇月〇日
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇		
最終学歴	〇〇大学 薬学部 薬学科		
主たる職歴	〇年〇月 株式会社〇〇薬局 入社 〇〇薬局△△店に勤務 〇年〇月 〇〇薬局〇〇店へ異動 〇年〇月 〇〇薬局〇〇店へ異動 (管理薬剤師) (現在に至る)		
十分な調剤経験を持つ薬剤師であることがわかるよう記載すること。			