

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）		
	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		<u>神奈川 花子</u> <u>川崎 二郎</u>	略歴	（第2号様式一 （2）の別紙1）
<p>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います。</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>申請書提出日を記載すること。</p> <p>開 設 者 （下記下線部に（*）と同じ住所等を記載）</p> <p>住 所 <u>横浜市中区日本大通〇</u></p> <p>氏名又は 株式会社〇〇 法人名と代表者 <u>代表取締役 □□ □□</u></p> <p>開設者（*）と同じ内容とすること。</p> <p>神奈川県知事 殿</p>				

変更部分ができるよう下線（二重線）を引くこと。

変更があれば当該書類を添付すること（次ページ参照）。

- ※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）		
ふりがな 氏 名	かわさき じろう 川崎 二郎	生年月日	○年○月○日
現 住 所	〒○○○－○○○○ 横浜市中区日本大通○		
最終学歴	○○大学 薬学部 薬学科		
主たる 職 歴	○年○月 株式会社○○薬局 入社 ○○薬局△△店に勤務 ○年○月 ○○薬局○○店へ異動 ○年○月 ○○薬局○○店へ異動（管理薬剤師） （現在に至る）		
十分な調剤経験を持つ <u>薬剤師</u> であることがわかるよう記載すること。			