

第24号関係（第8条関係）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届
（薬局）

保 険 薬 局	名 称		
	所 在 地	〒	
	電 話 番 号		
※ 以下は、変更があった事項のみ記入及び別紙添付してください。			
保 険 薬 局	名 称	(新)	
		(旧)	
	所 在 地	(新) 〒	
		(旧) 〒	
開 設 者	住 所	(新) 〒	
		(旧) 〒	
	氏名又は名称	(新)	
		(旧)	
	職 名	(新)	
		(旧)	
	生 年 月 日	(新)	
		(旧)	
管 理 薬 剤 師 の 氏 名		(新)	略 歴
		(旧)	
変 更 年 月 日（変更事項ごとに記入）		年 月 日	
<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第64条の規定により届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>岐 阜 県 知 事 様</p>			

備考 「略歴」に関して変更がある場合は、第12号様式における（別紙）を添付すること。