

指定自立支援医療機関（特別）

変更前の各項目（太線枠内）は必ず全て記入して下さい。

変更後の各項目は変更した項目のみ記入して下さい。

		変 更 前	変 更 後
薬 局	健康保険法の指定を受けている名称、所在地等の情報と合わせて下さい。	〇〇薬局 (医療機関コード 76-54321)	〇〇〇薬局 (医療機関コード 76-12345)
	所在地	〒572-1234 寝屋川市〇〇町二丁目 〇〇番〇〇号 TEL 072 (0000) 0000	〒572-2345 寝屋川市××町三丁目 ××番××号 TEL 072 (0
開 設 者	氏名又は名称等	大阪 太郎	株式会社 代表取締役 大阪 太郎
		役職名：	役職名：
	生年月日：	生年月日：	
	住 所	〒540-0000 〇〇市××町三丁目2番12号 TEL 06 (0000) 0000	〒540-0000 〇〇市××町四丁目3番13号 TEL 06 (0000) 0000
薬 剤 師 の 氏 名		大阪 太郎	大阪 花子
変 更 年 月 日		年 月 日	

本町2-〇〇-〇〇のような省略した住所で記入しないで下さい。

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活の実状に支障を及ぼすおそれのある者の規定により指定内容の変更があったので届け出ます。

実際に変更があった日を記入して下さい。

年 月 日

開 設 者
住 所 〇〇市××町四丁目3番13号
氏 名 株式会社 〇〇
代表取締役 大阪 太郎

(あて先) 寝屋川市長

中段の「開設者」の「住所」「氏名又は名称」と一致させて下さい。

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。