指定医療機関変更届出書（薬局）

※変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名　称 | □ |  | | | | |
| 所在地 | □ | 〒　　　－  電話　　　（　　　） | | | | |
| 薬局コード | □ |  | | | | |
| 開　設　者 | 住所又は所在地 | □ | 〒　　　－  電話　　　（　　　） | | | | |
| 氏名又は名称 | □ |  | | | | |
| 生年月日 | □ |  | 職　名 | | □ |  |
| 役員及び管理者の  職・氏名 | | □ | 職　名 | | 氏　名 | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 上記のとおり，難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）  第１９条第１項の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届け出ます。  　　　　　　　年　　　月日  開設者  法人の場合は所在地  住　所  法人の場合は名称及び代表者の職・氏名  氏　名  広島県知事　様 | | | | | | | |