

所在地変更の場合

指定自立支援医療機関

変更届は、薬局の所在地の福祉担当課に提出してください。

変更等の区分			新	旧
<input type="checkbox"/>	医療機関	名称		健福調剤薬局 二の丸店
<input checked="" type="checkbox"/>		所在地	愛知市二の丸町2丁目15番地 〒460-8502 Tel.(123)456-7789	愛知市二の丸町1丁目1番地2
<input type="checkbox"/>	開設者	住所	〒 - Tel() -	
<input type="checkbox"/>		氏名又は名称	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 名称及び所在地は、変更がなくても記入してください。 </div>	
<input type="checkbox"/>		生年月日 職名		
<input type="checkbox"/>	標ぼうしている診療科名			
<input type="checkbox"/>	担当している医療の種類			
<input type="checkbox"/>	主として担当する医師、歯医師又は薬剤師	氏名 経歴	別紙様式3 (薬局の場合別紙様式14)	
<input type="checkbox"/>	自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要		別紙様式4 (訪問看護ステーション等の場合様式12 別紙)	
<input type="checkbox"/>	調剤のために必要な設備及び施設の概要		別紙様式15	
<input type="checkbox"/>	自立支援医療を行うための入院設備の定員		人	人
変更年月日			令和3年1月1日	
備考				
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条の規定により変更がありましたので届出します。 <div style="text-align: right;">令和3年1月4日</div> 愛知県知事殿 <div style="text-align: right;">開設者</div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 薬局の開設者の名称等を記入してください。 ※店舗ではありません。 </div>			所在地 愛知市三の丸5丁目2-1	
			名称 株式会社健康福祉 代表者 代表取締役 愛知 太郎	

※ 指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替える。

※ 変更箇所は左のチェック欄にチェックを打つこと。