

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）
の変更の届出について（薬局）

■以下の様式は、**変更の届出**を行う際に使用するものです。

届出は、ホームページ掲載書類に加え、次の関係書類を添付のうえ、県障がい福祉課へ提出してください。

■掲載書類

- ・様式2－（2）：変更届出書
- ・別紙1：経歴書
- ・別紙2：調剤のために必要な設備及び施設の概要
- ・参考資料

■関係書類

- ・薬剤師免許証の写し
- ・薬局の見取図（薬局内）
- ・薬局開設許可証の写し
（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任意）

■届出書類の記載の注意点等について

- ・届出書
名称、所在地等について正確に記載してください。
- ・履歴書
氏名欄のふりがなの記載を忘れないようにしてください。
また、卒業年月も記載してください。
- ・管理薬剤師については、通算3年以上の調剤実務経験を要します。
- ・申請書類一式の押印は不要です。ただし、文書を訂正する場合は、二重線で取消の上、申請御担当者様の訂正印を押印願います

送付先 〒770-8570
徳島市万代町1丁目1番地
徳島県保健福祉部障がい福祉課
電 話 088（621）2239
ファクシミリ 088（621）2241

様式 2 - (2)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書
（薬局）

| | | | | |
|--|---------|---|----|--------|
| 保 険 薬 局 | 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | |
| 開 設 者 | 住 所 | 〒 | | |
| | 氏名又は名称 | | | |
| | 生 年 月 日 | | 職名 | |
| 薬 剤 師 の 氏 名 | | | 略歴 | (別紙 1) |
| 調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要 | | | | (別紙 2) |
| <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うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>徳 島 県 知 事 殿</p> | | | | |

(別紙1)

経 歴 書

| | | | | | |
|-------------|--|-----|--|------|--|
| 学 位 | | 姓 名 | | 生年月日 | |
| 現 住 所 | | | | | |
| 最 終 学 歴 | | | | | |
| 主 たる 職 歴 | | | | | |

(別紙2)

調剤のために必要な設備及び施設の概要

| 調剤室の構造 | 調剤室の面積 | |
|--------|--------|----|
| 主たる設備 | 品目 | 品目 |
| | | |

(備考) 1 薬局の見取図を添付すること。

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。

参考資料

変更の届出

| | | |
|--------------------------|--|-------|
| 薬 局 の 名 称 | | |
| 郵 便 番 号 | | |
| 電 話 番 号 | | |
| ファクシミリ番号 | | |
| 開 局 年 月 日 (予定) | 年 月 日 | |
| 管理薬剤師の調剤実務経験年数 | | |
| 前回の指定内容 管理薬剤師氏名・指定年月日 | 氏名 | 指定年月日 |
| 保険薬局の指定の有無 | 有 (年 月) ・ 無 | |
| 医 療 機 関 番 号 | | |
| 申請関係に関する連絡先 (電話番号) | (電話番号) (メールアドレス) | |
| 申請関係の担当者氏名 | | |
| 備 考 | 変更内容 <input type="checkbox"/> 管理薬剤師の変更 <input type="checkbox"/> 開設者 (法人) の変更 (ただし, 医療機関番号に変更のないもの) <input type="checkbox"/> 法人役員の変更 <input type="checkbox"/> その他 () | |

※諸変更に伴い, 医療機関番号も変更となる際は, 変更申請ではなく, 新規申請としての取扱となります。