

様式2 - (2)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）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)
<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>				

※ 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、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

(別紙)

## 経 歴 書

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