様式第9号の2(その2)(第10条関係)

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 | 　 |
| 氏名または名称 | 　 |
| 生年月日 | 　 | 職名 | 　 |
| 薬剤師の氏名 | 　 | 略歴 | (付表2―1) |
| 役員の氏名、生年月日および住所 | (付表2―2) |
| 　指定自立支援医療機関(精神通院医療)について変更があったので、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条の規定により上記のとおり届け出ます。　　　　　年　　月　　日申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　福井県知事　　様 |

備考

　1　直近の指定の申請(変更届出を含む。)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ます。

　2　「保険薬局」の名称は、正式名称を記入してください。

(付表2―1)

経歴書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 | 　 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 現住所 | 　 |
| 最終学歴 | 　 |
| 主たる職歴 | 　 |

(付表2―2)

役員の氏名、生年月日および住所

申請者(法人)名(　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ふりがな) | 生年月日 | 住所 |
| 氏名 | 役職 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |