

指定自立支援医療機関 (精神通院医療) 指定内容変更届出書

(薬局)

		変 更 前	変 更 後
薬 局	名 称	(医療機関コード - )	(医療機関コード - )
	所在地	〒 - TEL ( )	〒 - TEL ( )
開 設 者	住 所	〒 - TEL ( )	〒 - TEL ( )
	氏名又は 名 称		
薬 剤 師 の 氏 名			
変更年月日		年 月 日	
<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第64条の規定により指定内容の変更があったので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏 名</p> <p>大 阪 府 知 事 様</p>			

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。