

指定自立支援医療機関 ( )

変更前の各項目 (太線枠内) は必ず全て記入して下さい。

変更後の各項目は変更した項目のみ記入して下さい。

		変 更 前	変 更 後
薬 局	健康保険法の指定を受けている名称、所在地等の情報と合わせて下さい。	大手前薬局 (医療機関コード 76-54321)	おおてまえ薬局 (医療機関コード 76-12345)
	所在地	〒540-8570 大阪市中央区大手前二丁目 〇〇番〇〇号 TEL 06 (0000) 0000	〒540-8570 大阪市中央区大手前三丁目 ××番××号 TEL 06 (0000) 0000
開 設 者	住 所	〒540-0000 〇〇市××町三丁目2番12号 TEL 06 (0000) 0000	〒540-0000 〇〇市××町 TEL 06 (0000) 0000
	氏名又は名称	大阪 太郎	株式会社 〇〇 代表取締役 大阪 太郎
薬 剤 師 の 氏 名		大阪 太郎	大阪 花子
変 更 年 月 日		年 月 日	

大手前2-〇〇-〇〇のような省略した住所で記入しないで下さい。

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活 ( ) 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。

実際に変更があった日を記入して下さい。

年 月 日

開 設 者  
住 所 〇〇市××町四丁目3番13号  
氏 名 株式会社 〇〇  
代表取締役 大阪 太郎

大 阪 府 知 事 様

中段の「開設者」の「住所」「氏名又は名称」と一致させて下さい。

※ 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。