様式１１

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）変更届（薬局）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更等の区分 | | 新 | 旧 |
| 保険薬局 | 名　称 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 開設者 | 住所又は所在地 |  |  |
| 氏名又は名称 |  |  |
| 生年月日 |  |  |
| 職名 |  |  |
| 管理薬剤師 |  |  |  |
| 経歴 | 様式９ |  |
| 調剤のために必要な設備  および施設の概要 | | 様式１０ |  |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 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条の規定により変更がありましたので届出します。  年　　　月　　　日  　（宛先）岡 崎 市 長    開　設　者  住　所    名　称　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |