

様式 1 1

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	ふり がな 氏 名		
	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 1 0	
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 6 4 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 氏 名 担当者名 担当者連絡先 （ ） ー			