

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・精神通院医療）変更届出書		
令和〇年△月〇日		
愛媛県知事 中村 時広 様		
住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 指定自立支援医療機関の開設者（事業者）〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番地 氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） 株式会社 〇〇 代表取締役 愛媛 花子		
指定自立支援医療機関	名 称	◇◇薬局
	所 在 地	〇〇郡◇◇町△△番地
変更事項	旧	主として担当する薬剤師 愛媛 一郎
	新	主として担当する薬剤師 愛媛 二郎
変 更 年 月 日		令和〇年□□月△△日
委 託 患 者 の 措 置 状 況		変更後の主として担当する薬剤師に引き継ぎ

- 注1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
- 2 不要の文字は、抹消すること。
- 3 指定自立支援医療機関の「名称」及び「所在地」の欄は、指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者にあつては、当該指定に係る訪問看護事業又は居宅サービス事業を行う事業所の名称及び所在地を記入すること。
- 4 「委託患者の措置状況」の欄は、既に行ったこと及びこれから行おうとしていることを記載すること。
- 5 変更前と変更後の記載を明らかにした書類を添付すること。