様式第１号の２の１０（第１条の４関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届（薬局）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大分市長　　　　　　　　殿

〒

住所又は所在地

開設者　氏名又は名称（法人にあっては名称及び代表者氏名）

電話番号

指定小児慢性特定疾病医療機関番号

指定を受けた内容について、次のとおり変更があったので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 変 更 の あ っ た 年 月 日 | 年　　月　　日 |
| 変更のあった事項 | □ | 保険薬局 | ふりがな名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 薬局コード |  |
| □ | 開設者 | ふりがな氏名又は名称 |  |
| 住所又は所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| □ | 役員の職名及び氏名（法人の場合） |  |

（備考）

1. 変更のあった事項をチェックし、変更内容を記載してください。
2. 変更のない事項については記載不要です。
3. 変更のあった日から１０日以内に届け出てください。

（別紙１）

役　　員　　名　　簿

　　　　　　　　　　　　開設者（法人）名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 役 職 名 | 氏　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |