

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	<input type="checkbox"/>	保険薬局	ふりがな 名 称	
			所 在 地	〒
			電 話 番 号	
			薬 局 コ ー ド	
	<input type="checkbox"/>	開 設 者	ふりがな 氏名又は名称	
			住 所 又 は 所 在 地	〒
			電 話 番 号	
<input type="checkbox"/>	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