

指定医療機関変更届出書（薬局）

|  |                          |                          |   |  |     |     |                          |  |  |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--|-----|-----|--------------------------|--|--|
| 保<br>険<br>薬<br>局   | 名 称                      | <input type="checkbox"/> |   |  |     |     |                          |  |  |
|  | 所在地                      | <input type="checkbox"/> | 〒 |  | —   |     | 電話 ( )                   |  |  |
|  | 薬局コード                    | <input type="checkbox"/> |   |  | —   |     |                          |  |  |
| 開<br>設<br>者  | 住所又は所在地                  | <input type="checkbox"/> | 〒 |  | —   |     | 電話 ( )                   |  |  |
|  | 氏名又は名称                   | <input type="checkbox"/> |   |  |     |     |                          |  |  |
|  | 生年月日                     | <input type="checkbox"/> |   |  |     | 職 名 | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 役 員 及 び 管 理 者 の<br>職・氏名  | <input type="checkbox"/> | 職 名                      |   |  | 氏 名 |     |                          |  |  |
|  |                          |                          |   |  |     |     |                          |  |  |
|  |                          |                          |   |  |     |     |                          |  |  |
|  |                          |                          |   |  |     |     |                          |  |  |
|  |                          |                          |   |  |     |     |                          |  |  |
|  |                          |                          |   |  |     |     |                          |  |  |
| <p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条第1項の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住 所〔 法人の場合は所在地 〕</p> <p>氏 名〔 法人の場合は名称及び代表者の職・氏名 〕</p> <p>京都府知事 様</p> |                          |                          |   |  |     |     |                          |  |  |

※太枠内の内容は必ず記入すること。  
 ※変更がある事項の□の中にレ印を付すること。  
 ※「役員及び管理者の職・氏名」欄に全員記入できない場合は、別紙に記入すること。