

指定自立支援医療機関指定内容変更届

令和4年 ○月 ○日

神戸市長 宛

医療機関等

名 称 ●●薬局 伊川谷店

所在地 〒 123-4567

神戸市西区●●町●丁目●番●号

開設者

住 所 〒012-3456

神戸市中央区○○町○丁目○番○号

氏名又は名称 株式会社●●

代表取締役 神戸 太郎

指定自立支援医療機関の指定内容について、下記のとおり変更しましたので届け出ます。

記

| | | |
|---|-------------|-------|
| 変 更 年 月 日 | 令和4年 4月 15日 | |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| 主として担当する薬剤師 | 神戸 花子 | 神戸 次郎 |
| <p>主として担当する医師または薬剤師の変更の場合、 経歴書と免許証（写し）を添付してください</p> | | |
| <p>・医療機関コードが変更になる場合は、変更届ではなく 廃止届と新規指定申請が必要です。</p> | | |

- 備考 1 医療機関等の名称変更の場合は、必ず正式名称を記載すること。
2 「主として担当する医師の氏名」の変更の場合は、主として担当する医師の経歴書(様式第2号)を、「主として担当する薬剤師の氏名」の変更の場合は、主として担当する薬剤師の経歴書(様式第4号)を添付すること。