|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医療機関変更届出書（薬局）  別紙様式第５号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更を届け出る  薬局  （必須記入） | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 薬局コード | | ３ | ４ |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| ↓変更がある事項にチェックの上、記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険薬局 | 名　称 | | □ |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | □ | 〒　　　－  　　　　　　　　　　電話（　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 開　設　者 | 住所又は  所在地 | | □ | 〒　　　－  電話（　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名又は名称 | | □ |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | □ |  | | | | 職　名 | | | | □ | |  | | | |
| 役員及び管理者の  職・氏名  （欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記載の上、役員名簿を添付してください。） | | | □ | 職　名 | | | | | | 氏　名 | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |
| 変　更　年　月　日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　　令和　　　年　　　月日  開設者  法人の場合は所在地  住　所  法人の場合は名称及び代表者の職・氏名  氏　名  広島市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　薬局コードが変更になる場合は、旧コードで「指定医療機関辞退申出書」を、新コードで「指定医療機関指定申請書（新規）」を提出してください。