様式２－（２）

指定医療機関変更届出書（薬局）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局  ※ | 名称 | □ |  |
| 所在地 | □ | 〒 |
| 電話番号 | □ |  |
| 薬局コード | □ |  |
| 開設者 | 住所 | □ | 〒 |
| 氏名又は名称 | □ |  |
| 生年月日 | □ |  |
| 職名 | □ |  |
| 役員の氏名及び職名 | | □ | （別紙１） |
| 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出を行う。  　　　　年　　　月　　　日  　開　　設　　者  住　 所  氏名又は名称  　大分県知事　殿 | | | |
|

※　右側の欄に全て記入し、変更がある事項の□の中にレ印を付すること。