

変更届出用

指定自立支援医療機関変更届出書等記入要領（薬局用）

I 変更届出

次の変更がある場合は、直ちに変更届出書を提出してください。

変更事項	変更届 4号様式	別紙 11	別紙 12	承諾書
管理薬剤師(注)	○	○		※常勤の研修認定薬剤師がいないときは提出
名称・所在地(移転の場合を除く。(例)住居表示による変更)	○			
開設者(代表者)の住所・氏名(名称)・生年月日・職名	○			
保険薬局である旨	○			
調剤のために必要な設備及び施設の概要	○		○	

(注) 管理薬剤師を変更する場合は、浜松市社会福祉審議会による経歴等の審査を行います。指定基準に該当しないときは、他の薬剤師に変更をお願いする場合があります。なお、他の薬剤師に変更することが困難な場合には指定の取消しとなりますのでご注意ください。

1 変更届出書（第4号様式）

- 「指定自立支援医療機関」の名称は、正式名称を記載してください。
- 「担当者・電話番号」は、この届出に関しお答えできる方の連絡先を記載してください。

2 経歴書（管理薬剤師）（別紙11）

- 「学位取得年月日」は、専門科目に関する学位の取得年月日を記入してください。
- 「氏名」は、管理薬剤師の氏名と生年月日を記載し、押印してください。
- 「最終学歴」は、学校名及び学部・学科名を正確に記載してください。
- 「主たる職歴」は、最終学歴から現在までの職歴を、空白時間がないよう年月日とともにできるだけ詳細に記載してください。

なお、その際には、勤務先における身分（例えば「管理薬剤師」等）についても明確に記載してください。また、最後は「現在に至る」と記載してください。

- 管理薬剤師の薬剤師免許証の写し、研修認定薬剤師証の写しを添付してください。

常勤の研修認定薬剤師を有していないときは、承諾書を提出してください。

なお、承諾書していただく内容は以下のとおりです。

- 今後、管理薬剤師もしくは常勤の勤務薬剤師について最低1名は、研修認定薬剤師（原則、日本薬剤師研修センター認定）を取得すること。
- 自立支援医療機関の更新申請時（1回目）に研修認定薬剤師証の写しを添付すること。
- 以上を遵守できなかった場合は、指定自立支援医療機関（育成・更生医療）を辞退し、

既に自立支援医療（育成・更生医療）を受けている患者に対しては不利益が生じないように配慮すること。

3 調剤のために必要な設備・施設の概要（別紙12）

(1) 「調剤室の構造」は、衛生状態が確保されていることがわかるように記載してください。

(例) RC造、天井：ボード、壁：ボード下地クロス、床：長尺ビニールクロス

(2) 「主たる設備」は、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）に掲げる以外のものがある場合のみ、その主たるものについて記載してください。(例)自動分割分包機、天秤

(3) 薬局の見取図、身体障害者に配慮した設備構造が確保されていることが確認できる写真、及び図面を添付してください。

なお、写真は、①入口、②受付、③待合室、④通路の順に写真を添付してください。

II 特殊な変更

次のような変更がある場合には、新規申請扱いとなりますので、ご注意ください。

詳しくは、「新規申請用」の記入要領にしたがって記載してください。

なお、浜松市社会福祉審議会の審査により承認を受けなければなりません。

変更事項	申請書 2号様式	別紙 11	別紙 12	承諾書
移転による所在地の変更	○	○	○	
開設者(代表者)の変更	○	○	○	