第１７号様式（第１１条関係）

指定医療機関指定申請事項変更届出書（薬局）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指　　定医療機関 | 薬局コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  |
| 変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。 | 保　険　薬　局 | □ | 名称 |  |
| □ | 所在地 | 〒  **-**  |
| □ | 連絡先 | 電話番号 | －　　　　　　－ |
| 電子メールアドレス | ＠ |
| 開設者 | □ | 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | 〒  **-** 電話番号（　　　　　－　　　　　　－　　　　　　） |
| □ | 氏名（法人にあっては、その名称） |  |
| □ | 代表者の職氏名（法人の場合に限る。） |  |
| □ | 役員の職氏名 | 別紙のとおり　　　 |
| 変　　更　　年　　月　　日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| （あて先）浜松市長上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第19条第１項の規定により届け出ます。　年　　　月　　　日開設者氏名　法人にあっては、その名称　及びその代表者の職氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　担当者　氏名　（　　　　　　　　　　　　　）　　　　連絡先　（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　 |

注　「保険薬局」の「名称」記入欄には、正式名称を記入してください。