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 | □ | 〒 |
| 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  　長野県知事　殿 | | | |

※　変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

本件に関する連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当部署 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

（別紙１）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |