様式第22号の11（第27条の４関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書

（薬局）

（保険医療機関コード　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療  機　　関 | | 名　　称 | |  | | | |
| 所 在 地 | |  | | | |
| 開 設 者 | | 住　　所 | |  | | | |
| 氏名又は名称 | |  | | | |
| 生年月日 | |  | | 職名 |  |
| 担当しようとする自立支援医療の種類 | | | | |  | | |
| 薬剤師 | 氏　　名 | | |  | | 経歴等 |  |
| 生年月日 | | |  | |
| 住　　所 | | |  | |
| 調剤のために必要な設備及び施設の概要 | | | | |  | | |
| 変更の内容 | | |  | | | | |
| 変更年月日 | | |  | | | | |
| 上記のとおり，指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）について変更が生じたので，障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第64条の規定に基づき届け出ます。  水戸市長　様  　　　　年　　月　　日  医療機関の開設者  住所（所在地）  氏名（名称及び代表者の氏名） | | | | | | | |