

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届（主として担当する薬剤師）

年 月 日

香川県知事 殿

開設者 住所  
（法人にあっては主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の職氏名） 氏名

下記の指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）について、主として担当する薬剤師を変更しましたので、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 条の規定により届け出ます。

1 指定自立支援医療機関	名 称		
	所 在 地	〒	電話番号 メールアドレス
	医療機関コード		
2 開設者	住 所	〒	電話番号 メールアドレス
	氏 名		
	生 年 月 日		
3 指 定（更 新）年 月 日		年 月 日（指定・更新）	
4 主として担当する薬剤師（管理薬剤師）の氏名	変 更 前		
	変 更 後	ふりがな氏名	
		経 歴	（別紙 1 - 2）
5 変 更 年 月 日		年 月 日	

この届についての問い合わせ先  
 担当者名  
 電話番号

