

静岡県指定医療機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--

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	<input type="checkbox"/>	名 称							
		<input type="checkbox"/>	所 在 地	郵便番号 -						
		<input type="checkbox"/>	連 絡 先	電 話 番 号	-		-			
		<input type="checkbox"/>	電 子 メ ー ル ア ド レ ス	@						
	開 設 者	<input type="checkbox"/>	住 所 <small>(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</small>	郵便番号 -						
			<input type="checkbox"/>	氏 名 <small>(法人にあっては、その名称)</small>	電話番号 (- -)					
		<input type="checkbox"/>	代 表 者 の 職 氏 名 <small>(法人の場合に限る。)</small>							
	<input type="checkbox"/>	役 員 の 職 氏 名	別紙のとおり							
	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 <small>(法人にあっては、その名称 及びその代表者の職氏名)</small>										
担当者 氏 名 ()										
連絡先 ()										
静岡県知事 様										

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。