

指定自立支援医療機関（精神通院医療）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
（法人にあつ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（精神通院医療）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	
	薬 局 コ ー ド		
2 開設者 <small>※開設者が法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称並びに代表者の職名及び氏名、代表者の生年月日を記載すること。</small>	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	変 更 前	氏 名	
	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

(別紙1-2)

経 歴 書

【主として担当する薬剤師】

ふ り が な 氏 名		生年月日	年 月 日	
現 住 所				
最 終 学 歴	(年 月卒業)			
薬 剤 師 免 許	年 月 日 登録 第 号			
年 月		主たる職歴 (調剤経験に関するもの)	調剤経験	
自	至		年	月

- (注) 1 主たる職歴の欄には、「〇〇薬局」のように薬局名等を記入すること。
2 薬剤師免許証の写しを添付すること (A4サイズに縮小のこと)。
3 「調剤経験」欄には当該勤務先での調剤経験年月を記入すること。