

薬剤師変更の場合

自立支援医療機

変更届は、薬局の所在地の福祉担当課に提出してください。

変更等の区分		新	旧
<input type="checkbox"/>	医療機関	名称	健福調剤薬局 二の丸店
<input type="checkbox"/>		所在地	愛知県二の丸町1丁目1番地2
<input type="checkbox"/>	開設者	住所	
<input type="checkbox"/>		氏名又は名称	名称及び所在地は、変更がなくても記入してください。
<input type="checkbox"/>		生年月日 職名	
<input type="checkbox"/>	標ぼうしている診療科名		
<input type="checkbox"/>	担当している医療の種類		
<input checked="" type="checkbox"/>	主として担当する医師、歯医師又は薬剤師	氏名 三の丸 秀子 別紙様式3 (薬局の場合別紙様式14) 経歴	愛知 次郎
<input type="checkbox"/>	自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要	別紙様式4 (訪問看護ステーション等の場合様式12 別紙)	
<input type="checkbox"/>	調剤のために必要な設備及び施設の概要	別紙様式15	
<input type="checkbox"/>	自立支援医療を行うための入院設備の定員	人	人
変更年月日		令和3年1月1日	
備考			
<p>上記のとおり、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条の規定により変更がありましたので届出します。</p> <p style="text-align: right;">令和3年1月4日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: right;">開設者</p> <p style="text-align: right;">所在地 愛知県三の丸5丁目2-1</p> <p style="text-align: right;">名称 株式会社健康福祉</p> <p style="text-align: right;">代表者 代表取締役 愛知 太郎</p>			

薬局の開設者の名称等を記入してください。
※店舗ではありません。

- ※ 指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替える。
- ※ 変更箇所は左のチェック欄にチェックを打つこと。

主として担当する薬剤師の経歴書

学位	学士	ふりがな 氏名	さんのまる ひでこ 三の丸 秀子	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月〇〇日
現住所		愛知市〇〇……			
最終学歴		△△大学 薬学部 薬学科 (昭和〇〇年〇月〇日卒業)			
主なる職歴		<p>昭和〇年〇月〇日 株式会社〇〇入社 同年〇月〇日～〇〇店勤務 (薬剤師) 平成〇年〇月〇日～〇〇店勤務 (管理薬剤師) 〇年〇月〇日 株式会社〇〇退社</p> <p>平成〇年〇月〇日 △△株式会社入社 同年〇月〇日～△△店勤務 (管理薬剤師) 〇年〇月〇日～△△店勤務 (薬剤師) 〇年〇月〇日～△△店勤務 (薬剤師) 〇年〇月〇日～△△店勤務 (管理薬剤師) 〇年〇月〇日 △△株式会社入社</p> <p>平成〇年〇月〇日 株式会社健康福祉入社 同年〇月〇日 健福調剤薬局 三の丸店勤務 (薬剤師) 令和〇年〇月〇日 健福調剤薬局 二の丸店勤務 (管理薬剤師)</p> <p style="text-align: right;">現在に至る</p>			

学位がない場合は、「無」と記入してください。

必ず管理薬剤師経験を記入してください。

※ (備考) 薬剤師免許証の写しを添付すること。

その他添付書類：変更後の主として担当する薬剤師の薬剤師免許証の写し