

様式 2 - (2)

指定医療機関変更届出書 (薬局)

保険薬局	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒
	薬 局 コ ー ド	<input type="checkbox"/>	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	〒
	氏 名 又 は 名 称	<input type="checkbox"/>	
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
	職 名	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙 1)
<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第 19 条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏 名 又 は 名 称</p> <p>長野県知事 殿</p>			

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

本件に関する連絡先

担 当 部 署		担 当 者 名	
電 話 番 号		F A X 番 号	

