

様式 2 - (2)

指定医療機関変更届出書（薬局）

※ すべて記入し変更がある事項の□にレ印を付すること。

保 険 薬 局	フリガナ	□		
	名 称	□	変更前の名称 ()	
	所 在 地	□	〒 TEL (- -)	
	薬局コード	□		
開 設 者	住 所	□	〒	
	氏名又は名称	□		
	生 年 月 日	□		職 名
役員の氏名及び職名		□	(別紙1) ※法人の場合のみ提出	
<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条第1項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>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>鹿児島県知事 殿</p>				
担 当 部 署			担 当 者 名	
電 話 番 号			F A X 番 号	

