

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"/>	〒 ー (電話番号： )
	薬局コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	〒 ー
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙1)
変 更 年 月 日			年 月 日
<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>年 月 日</p> <p>開設者 住所 氏名又は名称</p> <p>福岡県知事 殿</p>			

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。