様式２－（２）

指定医療機関変更届出書（薬局）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | □ |  |
|  | □ | 〒  電話番号： |
|  | □ |  |
|  |  | □ |  |
|  | □ |  |
|  | □ |  |
|  | □ |  |
| 役員の氏名及び職名 | | □ | 別紙のとおり |
| 変更年月日 | |  | 年　　　　月　　　　日 |
| 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します。  　　　　年　　　月　　　日  　開　　設　　者  住　 所    　福島県知事　様 | | | |

※１　役員の氏名及び職名の一覧を添付すること（任意様式　変更ない場合は省略可）

※２　変更がある事項の□の中にレ印を付すること

※３　変更がない項目についても全て記入すること