様式第２３号（第１５条関係）

変更前の各項目（太線枠内）は必ず全て記入して下さい。

変更後の各項目は変更した項目のみ記入して下さい。

指定自立支援医療機関（育成医療）指定内容変更届

		変　更　前	変　更　後
薬局	名　称	大手前薬局 （医療機関コード　76－54321）	おおてまえ薬局 （医療機関コード　76－12345）
	所在地	〒540－8570 大阪市中央区大手前二丁目 ○○番○○号 ℡　06（0000）0000	〒540－8570 大阪市中央区大手前三丁目 ××番××号 ℡　06（0000）0000
開設者	住　所	〒540－0000 ○○市××町三丁目２番１２号 ℡　06（0000）0000	〒540－0000 ○○市×× ℡　06（0000）0000
	氏名又は名　称	大阪　太郎	株式会社　○○ 代表取締役　大阪　太郎
薬剤師の氏名		大阪　太郎	大阪　花子
変更年月日		年　　月　　日	

健康保険法の指定を受けている名称、所在地等の情報と合わせて下さい。

大手前２－○○－○○のような省略した住所で記入しないで下さい。

実際に変更があった日を記入して下さい。

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生　　条の規定により指定内容の変更があったので届け出ます。

年　　月　　日

開設者
住　所　　○○市××町四丁目３番１３号
氏　名　　株式会社　○○
代表取締役　大阪　太郎

中段の「開設者」の「住所」「氏名又は名称」と一致させて下さい。

大阪府知事　　様

※　太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。