

記 入 例

指定を受けている医療に
○をつけてください。

第15号様式

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届

保険医療機関	名称	○○薬局 ○○店		
	所在地	船橋市湊町○一〇一〇		
開設者	住所	千葉県○○市○○町○一〇		
	氏名又は名称	株式会社○○○ 船橋 太郎		
担当しようとする医療の種類	生年月日	昭和○○年○月○日	職名	代表取締役
変更する内容	管理薬剤師の変更			
	変更前	船橋 二郎		
	変更後	船橋 太郎		

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第64条の規定により、指定を受けた事項を変更したいので、上記のとおり届け出ます。

また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

平成○○年 ○月 ○日

船橋市長 あて

医療機関の開設者

住所 千葉県○○市○○町○一〇

氏名又は名称 株式会社 ○○○

代表取締役 船橋 太郎 

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

締役印 代表取