

様式第 1 4 号（第 2 条関係）

主として担当する薬剤師の経歴書

氏 名 ふりがな		生年月日	年 月 日
現住所			学 位 有 無
最終学歴			
主たる経歴	年月日	経 歴	

上記のとおり相違ありません。

薬剤師氏名

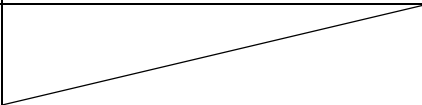
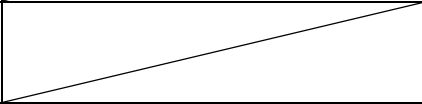
様式第 15 号（第 2 条関係）

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造			調剤室の面積	m ²	
	品目	数量	品目	数量	
主たる設備					

- （備考） 1 薬局の平面図を添付してください。
- 2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和 36 年厚生省令第 2 号）に掲げる以外のものがある場合にのみ、その主なるものを記載してください。

指定自立支援医療機関変更届
(薬局)

変更等の区分		新	旧
薬局	名称		
	所在地		
開設者	氏名又は 名称		
	住所又は 所在地		
	生年月日		
	職名		
主として担当 する薬剤師	ふりがな 氏 名		
	経 歴	様式第 14 号のとおり	
調剤のために必要な設備 及び施設の概要		様式第 15 号のとおり	
変更年月日		年 月 日	
障がい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、指定内容に係る変更がありましたので届け出ます。 年 月 日 開設者 所在地 名称 豊田市長 様			

別表 1

指定自立支援医療機関の指定に関する申請書類一式

		様 式																									添付書類		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
医療機関	新規申請	○	○	○	○	注1	注2	注3	注4	注4	注5	注5																①②③	
	医療の種類の変更又は追加	○	○	○	○	注1	注2	注3	注4	注4	注5	注5																①②③	
	変更	主として担当する医師		○		○	注1	注2	注3	注4	注4	注5	注5							○									①②
		設備・体制			○															○									③
		その他																		○									
	更新			注6																		○						③(注6)	
薬局	新規申請													○	○	○												④⑤⑥	
	変更	薬剤師													○					○								④	
		設備・施設														○				○								⑤	
		その他																		○									
	更新															注7							○					⑤(注7) ⑥	
訪問看護	新規申請																○	○										⑦	
	変更																	注8			○								
	更新																	注8						○					
辞退																									○				
休止・廃止・再開																										○			

注1 腎臓に関する医療のみ 注2 小腸に関する医療のみ 注3 歯科矯正に関する医療のみ 注4 心臓移植に関する医療のみ 注5 肝臓移植に関する医療のみ

注6 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要に変更がある場合 注7 調剤ために必要な設備及び体制の概要に変更がある場合 注8 職員の定数に変更がある場合

添付書類

- ①主として担当する医師の医師免許の写し
- ②関係学会加入の証明（認定医証等の写し）
- ③設備を示す平面図
- ④主として担当する薬剤師の薬剤師免許の写し
- ⑤構造設備概要仕様書及び見取図
- ⑥薬局開設許可書の写し
- ⑦指定訪問介護事業者等の指定通知書の写し