育成医療・更生医療　　確　認　書（薬局）

変更届出用

|  |  |
| --- | --- |
| **変更**する内容  （あてはまる番号を○で囲んで、変更前の情報を記入してください） | 0. 変更のあった年月日　　　【　　　　　　　　　】  1. 管理薬剤師  旧）薬剤師氏名【　　　　　　　　　　　　　】  2. 薬局の名称  旧）名称　【　　　　　　　　　　　　　　】  3. 薬局の所在地  旧）所在地【　　　　　　　　　　　　　　】  　4. 開設者の住所、氏名、生年月日、職名、名称  旧）住所【　　　　　　　　　　　　　　　】  旧）氏名【　　　　　　　　　　　　　　　】  旧）名称【　　　　　　　　　　　　　　　】  　5. 設備及び施設の概要  　6. 医療機関コード  　　　変更年月日（※０と違う場合）【　　　　　 　　　　】  　　　旧コード【　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 保険薬局名 | ふりがな） |
|  |
| 保険薬局　所在地  （指定後、公開します） | 〒 |
| 保険薬局TEL  （指定後、公開します） |  |
| 管理薬剤師 |  |
| 保険薬局コード | ※地区２桁＋機関５桁＝７桁 |
| 提出書類の担当者 |  |
| 〃　の連絡先TEL |  |

神戸市福祉局障害者支援課（TEL 078-322-6733）

様式２－（２）

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書**

**（薬　局）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名　　　称 |  | | | |
| 所　在　地 |  | | | |
| 開設年月 |  | | | |
| 開　設　者 | 住　　　所 |  | | | |
| 名称又は氏名 |  | | | |
| 生年月日 |  | 職名 |  | |
| 薬　剤　師　の　氏　名 | |  | | 略歴 | [別紙１] |
| 調剤のために必要な設備及び施設の概要 | | | | [別紙２] | |
| 上記のとおり，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（平成17年法律第123号）第64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。  令和　　年　　月　　日  開　設　者  住　　　所  氏　　　名  神　戸　市　長　　宛 | | | | | |

※ 直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

* 「薬剤師の氏名」欄は、管理薬剤師氏名を記載すること。
* [別紙１]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **薬剤師の経歴書** | | | | | |
| ふりがな  氏　　　名 |  | | 生年月日 |  | |
| 現 住 所 |  | | | | |
| 学　　　位 |  | 最終学歴 |  | | |
| 年　月 | 調　剤　業　務　に　従　事　し　た　主　た　る　職　歴 | | | | |
| 勤務先  （○○薬局△△店のように店舗名まで記載してください） | | | | 職名  （管理薬剤師等） |
| 年　　　月 |  | | | |  |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  | | | |  |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  | | | |  |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  | | | |  |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  | | | |  |
| ～ |
| 年　　　月 |

（備考）薬剤師免許証の写し（A４版）を添付すること。

※　新規開局の場合、過去に管理者（管理薬剤師）として勤務した指定自立支援医療機関について、次の欄に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月 | 指定自立支援医療機関名 | 住所 |
| 年　　　月 |  |  |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  |  |
| ～ |
| 年　　　月 |

[別紙２]

**調剤のために必要な設備及び施設の概要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調剤室の構造  （構造素材） |  | | 調剤室の面積 | | |  | |
| 主たる設備  （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，その主たるものを記載する） | 品　　　　　目 | | | | 品　　　　　目 | | |
|  | | | |  | | |
| 待合室の面積 |  | |  | | | | |
| 出入口の状況 | 段差 | 有　・　無 | | | ドア仕様 | | 自動・手動 |
| ※段差有／ドア手動の場合，障害者等への配慮 | | | | | | |
| その他特別に配慮していることがあれば |  | | | | | | |
| 昨年１年間の処方箋受付枚数 | 枚 | | | [主な医療機関]（要：複数） | | | |

（備考）１．薬局の見取図(A４版)を添付すること。（待合室の様子がよくわかるもの）

　　　　２．新規開設等で1年間の実績がない場合の処方箋受付枚数は，直近1か月の

枚数を記載する。