

難病指定医療機関変更届出書（薬局）

指定薬局番号：45Y

指定薬局名：

変 更 年 月 日		年 月 日			
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	☐	保 険 薬 局	名 称	(旧薬局名：)	
	☐		所 在 地	〒 () ー	
	※薬局コードが変更となる場合は、当該変更届ではなく、辞退届と新規申請を行ってください。				
	☐	開 設 者	住 所	〒	
	☐		氏名又は名称		
	☐	役員の職名及び氏名 ※記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。	職 名	氏 名	
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 2 6 年法律第 5 0 号）第 1 9 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。					
年 月 日					
開 設 者					
住 所					
氏名又は名称					
宮崎県知事 殿					