

医療機関名				医療機関・薬局 ・ステーション コード(7けた)
医療機関所在地					
変更内容					変更年月日
名称	変更前				令和 年 月 日
	フリガナ				
開設者	変更前	氏名	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日	令和 年 月 日
		住所	〒 -		
変更後	フリガナ				令和 年 月 日
	氏名	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日		
		住所	〒 -		
管 理 者	変更前	氏名	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日	令和 年 月 日
		住所	〒 -		
薬剤師は	フリガナ				令和 年 月 日
	氏名	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日		
		住所	〒 -		
その他	変更前				令和 年 月 日
	変更後				

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

八王子市長 殿

福祉事務所收受印

< 申請者(開設者)の氏名及び住所 >
(法人の場合は、法人名称及び所在地)

〒 -

住所

法人の場合は主たる事務所の所在地

印

氏名

法人の場合は法人の名称及び法人印

担当者連絡先

TEL () -

担当者名

注意事項

- 1 この届出書は、八王子市福祉事務所を經由して八王子市長宛に提出してください。
- 2 この届出書は、申請した事項に変更があったときは10日以内に提出してください。

記載要領

- 1 届出内容は太枠線内に記入してください。
- 2 「医療機関・薬局・ステーションコード」、「医療機関名称」及び「医療機関所在地」欄は必ず記入してください。「変更内容」欄及び「変更年月日」欄については、該当がある項目に記入してください。
- 3 「医療機関・薬局・ステーションコード」欄は、関東信越厚生局から払出された7ケタのコードを記入してください。
- 4 「医療機関名称」欄は、名称に変更があった場合は変更後の名称を記入してください。
- 5 「名称」欄は、医療機関名称に変更があった場合に記入してください。
- 6 「開設者」欄は、次の変更があった時に記入してください。
 - ・ 法人開設の場合、法人名称、主たる事務所の所在地に変更があったとき
 - ・ 個人開設の場合、開設者の氏名、住所に変更があったとき
- 7 「管理者または管理薬剤師」欄は、管理者(薬局の場合は管理薬剤師)が交代した場合又は管理者(薬局の場合は管理薬剤師)の氏名、住所に変更があったときに記入してください。
- 8 「届出者(開設者)」が法人の場合には、法人名及び主たる事務所の所在地を記入し、法人代表者印を押印してください。
- 9 「担当者連絡先」「担当者名」については、申請書の記入事項について市からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。