

薬局・変更

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療） 変更事項届出書提出書類（薬局用）

指定自立支援医療機関変更事項届出書申請書（様式第54号）に以下の必要書類を添付してください。

① 指定薬局名の名称の変更

登記事項証明書（登記簿謄本の写しでも可）又は設置許可証の写し

② 指定薬局の所在地の変更

必要な設備体制の概要（別紙16）、薬局の見取図

③ 開設者の住所及び氏名又は名称の変更

登記事項証明書（登記簿謄本の写しでも可）

④ 主たる薬剤師の氏名及び経歴の変更

経歴書（別紙15）、薬剤師の免許証の写し、認定薬剤師証の写し

⑤ 必要な設備体制の概要の変更（認定薬剤師の変更を含む）

必要な設備体制の概要（別紙2）、認定薬剤師証の写し（認定薬剤師の変更があった時のみ）

・医療機関コードが変わる場合は、新しい医療機関コードの写しを添付してください。

・主たる薬剤師（管理薬剤師）は、十分な調剤実務経験を有していることが条件のため、3年以上の調剤経験が必要です。

【問い合わせ・送付先】 〒420-0846 静岡市葵区城東町24-1

静岡市地域リハビリテーション推進センター

電話 054-249-3182 FAX 054-209-0103

1 医療機関の所在地及び名称

- (1) 所在地
- (2) 名称

2 変更事項（該当するものを○で囲むこと。）

- (1) 指定医療機関の名称又は所在地の変更
- (2) 開設者の住所及び氏名又は名称の変更
- (3) 標榜している診療科目の変更
- (4) 主として担当する医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び経歴の変更
- (5) 育成医療・更生医療を行うために必要な設備体制の概要の変更
- (6) その他

3 変更内容

変更前	変更後	備考（理由、変更年月日）
		変更理由 変更年月日 年 月 日

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条の規定に基づき上記のとおり届け出ます。

年 月 日

開設者又は指定訪問看護事業者等の
住所（法人にあっては、所在地）

氏名（法人にあっては、名称）

（宛先）静岡市長

（注）（1）（所在地の変更を除く。）、（2）又は（3）の変更にあつては登記事項証明書又は設置許可証の写しを、（4）の変更にあつては経歴書に関する様式及び必要な添付資料を、（1）（所在地の変更に限る。）又は（5）の変更にあつては設備及び体制の概要に関する様式を添付すること。

(別紙15)

経 歴 書
＜薬剤師＞

氏 名		生年月日	
現 住 所			
学位の有無	有 ・ 無	学位の内容	
最 終 学 歴			
主たる職歴			

(注) 薬剤師免許証の写しを添付してください。

(別紙16)

調剤のために必要な設備及び体制の概要

薬局の名称				
調剤室の構造			調剤室の面積	
主たる設備	品目	数量	品目	数量
体制				
薬剤師認定制度認証 機構(CPC)の認定 する認定薬剤師数	人(当薬局に勤務する認定薬剤師数)			

(注) 1 薬局の見取図(寸法記載)を添付してください。(出入口ほか通路の幅も記載してください。)

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年2月厚生省令第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してください。

3 認定薬剤師証の写しを添付してください。

記入例

様式第54号（第44条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更事項届出書

1 医療機関の所在地及び名称

(1) 所在地 **静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号**

(2) 名称 **〇〇薬局**

2 変更事項（該当するものを○で囲むこと。）

(1) 指定医療機関の名称又は所在地の変更

(2) 開設者の住所及び氏名又は名称の変更

(3) 標榜している診療科目の変更

(4) 主として担当する医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び経歴の変更

(5) 育成医療・更生医療を行うために必要な設備体制の概要の変更

(6) その他

3 変更内容

変更前	変更後	備考（理由、変更年月日）
薬剤師（管理薬剤師） 葵 三郎	薬剤師（管理薬剤師） 清水 花子	変更理由 人事異動に伴う変更
認定薬剤師 葵 三郎	認定薬剤師 清水 花子	変更年月日 〇〇年〇〇月〇〇日

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条の規定に基づき上記のとおり届け出ます。

〇〇年〇〇月〇〇日

開設者又は指定訪問看護事業者等の

住所（法人にあっては、所在地）

静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号

氏名（法人にあっては、名称）

株式会社 〇〇〇〇

代表取締役 静岡 太郎

（宛先）静岡市長

（注）（1）（所在地の変更を除く。）、（2）又は（3）の変更にあつては登記事項証明書又は設置許可証の写しを、（4）の変更にあつては経歴書に関する様式及び必要な添付資料を、（1）（所在地の変更に限る。）又は（5）の変更にあつては設備及び体制の概要に関する様式を添付すること。

※連絡先（必ず記入してください） Tel〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 担当者 〇〇 〇〇

記入例

(別紙15)

経歴書 <薬剤師>

氏名	しみず はなこ 清水 花子	生年月日	昭和 〇年〇月〇日
現住所	静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号		
学位の有無	① ・ 無	学位の内容	薬学修士
最終学歴	□□□大学 薬学部 薬学科 (昭和〇〇年〇月卒業)		
主たる職歴	<p>昭和〇〇年〇月 □□□薬局入社 (薬剤師)</p> <p>昭和〇〇年〇月 同 退社</p> <p>昭和〇〇年〇月 △△△薬局入社 (管理薬剤師)</p> <p>平成〇年〇〇月 同 退社</p> <p>平成〇〇年〇月 ○○○薬局入社 (管理薬剤師)</p> <p style="text-align: right;">現在に至る</p>		

(注) 薬剤師免許証の写を添付してください。

記入例

(別紙16)

調剤のために必要な設備及び体制の概要

薬局の名称	〇〇〇薬局			
調剤室の構造	鉄筋コンクリート		調剤室の面積	〇〇.〇 m ²
主たる設備	品目	数量	品目	数量
	自動分包分割機	1		
	電子天秤	1		
	錠剤粉碎機	1		
体制	<p>管理薬剤師 清水花子 薬剤師 2名 (非常勤) 事務員 2名 (常勤) 計5名</p> <p>相談窓口設置 (担当: 管理薬剤師 清水花子) 緊急連絡先はシャッターに記載。(薬袋にも記載。) 時間外は携帯電話へ転送。</p>			
薬剤師認定制度認証機構 (CPC) の認定する認定薬剤師数	<p>1 人 (当薬局に勤務する認定薬剤師数) ※非常勤でも可です。また、いない場合は0人と記載してください。</p>			

- (注) 1 薬局の見取図 (寸法記載) を添付してください。(出入口ほか通路の幅も記載してください。)
- 2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則 (昭和36年2月厚生省令第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してください。
- 3 認定薬剤師証 (写し) を添付してください。