

調剤業務一部委託事業確認変更届書

確 認 番 号 及 び 公 表 年 月 日		指 令 第 号	年 月 日
薬 局 の 名 称			
薬 局 の 所 在 地			
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考		電話（薬局）（ ） — 担当者名（ ） 連絡先（ ） —	

上記により、調剤業務一部委託事業の変更を届け出ます。

年 月 日

住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

名古屋市長 殿

実施要領様式第3（裏）

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 届出対象事項は以下のとおりとする。
 - （1） 薬局開設者の氏名又は名称
 - （2） 薬局開設者の住所
 - （3） 薬局開設者（法人のみ）の代表者の氏名及び責任役員の氏名
 - （4） 薬局の名称
 - （5） 薬局の所在地
 - （6） 薬局の電話番号その他の連絡先
 - （7） 受委託の相手方の薬局開設者の氏名又は名称
 - （8） 受委託の相手方の薬局開設者の住所
 - （9） 受委託の相手方の薬局開設者（法人のみ）の代表者の氏名及び責任役員の氏名
 - （10） 受委託の相手方の薬局開設者の薬局の名称
 - （11） 受委託の相手方の薬局開設者の薬局の所在地
 - （12） 作業完了品（対象業務において一包化された薬剤）の取扱い
 - （13） 受委託の相手方が事業を廃止した場合（受委託の相手方が複数ある場合のみ）
- 4 変更内容欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。