

国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業登録事項の変更届

登録、その更新の年月日 及び登録番号		登録： 年 月 日 更新： 年 月 日 第 号	
薬局の名称			
薬局の所在地 及び電話番号		〒 (TEL)	
その他連絡先			
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
変更年月日		年 月 日	
変更の理由			
備 考			

上記により、 国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業登録事項の変更の届出をします。

年 月 日

住 所

(法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

(TEL)

ふりがな

氏 名

(法人にあつては、名
称及び代表者の氏名)

印

(開設者が個人の場合、自署であれば押印不要)

【連絡先： 担当者名： 】

千葉市長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
- 2 変更の内容欄又は変更の理由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。
- 3 以下の内容を変更したときは、変更後10日以内に届出ること。
 - (1) 氏名又は名称及び住所並びに法人にあっては、代表者の氏名
 - (2) 薬局の名称
 - (3) 法人にあっては、その業務を行う役員の氏名
 - (4) その薬局の電話番号その他の連絡先

添付書類

以下に掲げる書類の変更を伴うときは、当該変更後の書類を添付すること。

1. 薬局開設の許可証の写し
2. 薬局において使用するテレビ電話装置等の仕様を明らかにする書類
3. 施行規則第32条第1号に規定する手順書
4. 施行規則第32条第4号及び第5号に掲げる要件に該当することを証する書類
5. 特定処方箋により調剤された薬剤の副作用その他の事由によるものと疑われる症状の発現状況の収集方法