

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定内容変更届出書（薬局）

		変 更 前	変 更 後
薬 局	名 称	(医療機関コード -)	(医療機関コード -)
	所 在 地	〒 - TEL ()	〒 - TEL ()
開 設 者	住 所	〒 - TEL ()	〒 - TEL ()
	氏名又は 名 称	(役職名)	(役職名)
		(生年月日) 年 月 日	(生年月日) 年 月 日
薬 剤 師 の 氏 名			
変 更 年 月 日		年 月 日	

上記のとおり、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条の規定により指定内容の変更があったので届け出ます。

枚 方 市 長

年 月 日

開 設 者

住 所

氏 名

印

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。

(別紙1)

経 歴 書

ふりがな 氏名	印	生 年 月 日	年 月 日
現住所			
最終学歴	(年 月卒業)		

1. 職 歴

年 月 日	大学卒業後～現在に至る職歴	職名 (管理薬剤師等)

新規開局する保険薬局のみ記入

2. 他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての実績

指定自立支援医療機関名(薬局名)	所在地

※ 薬剤師免許証(写)を添付すること。(A4サイズ)

(別紙1)「経歴書」の記載要領

1. 職歴

- ・大学卒業後から現在に至るまでを詳細に記載してください。
(薬局の名称及び職名を記載してください。)

2. 「他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての実績」 (新規開局する保険薬局のみ記入)

- ・管理薬剤師として過去に他の指定自立支援医療機関で勤務した薬局の名称及び所在地を記載してください。

※ 薬剤師免許証(写)を添付してください。(A4サイズ)

調剤の為に必要な設備及び体制の概要

調剤に必要な設備器具 (個数記入のこと)	
1. 液量器 (20cc 及び 200cc のもの)	個
2. 温度計 (100度のもの)	本
3. 水浴	台
4. 調剤台	台
5. 軟膏板	個
6. 乳鉢(散剤用のもの)及び乳棒	各 個
7. はかり(感量 10mg のもの及び感量 100mg のもの)	各 個
8. ビーカー	個
9. ふるい器	組
10. へら(金属製のもの及び角製又はこれに類するもの)	各 本
11. メスピペット及びピペット台	本 台
12. メスフラスコ及びメスシリンダー	各 個
13. 薬匙(金属製のもの及び角製又はこれに類するもの)	各 本
14. ロート及びロート台	個 台
15. 調剤に必要な書籍	

薬局の構造	別紙平面図のとおり	
調剤室の面積	m ²	
	品 目	数 量
主たる設備 (左記の 15 項目以外の設備)		
身体障害者に配慮した設備構造等 (特に配慮しているもの(こと)があれば、記載すること)		

新規開局の保険薬局以外の薬局のみ記入

処方せんを受け付けている医療機関名(複数)

(別紙2)「調剤の為に必要な設備及び体制の概要」の記載要領

○「薬局の構造」

- ・薬局の平面図を添付してください。(A4サイズ)
(調剤室、待合室、出入り口、通路、スロープ等の寸法が記入されたもの。)

○「主たる設備」

- ・薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げられる設備以外のものがある場合のみ、その主たるものを記載してください。

○「身体障害者に配慮した設備構造等」

- ・バリアフリーの構造が望ましいが、その構造になっていない場合は、他に身体障害者に配慮している事項を記載してください。

○「処方せんを受け付けている医療機関名」

(新規開局の保険薬局以外の薬局のみ記入)

- ・処方せんを受け付けている医療機関名(複数)を記載してください。
(複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であること。)

○「薬局の構造が確認できる写真」

「通路、待合室など、身体障害者に配慮した設備構造が確保されていること」が要件となっていることから、薬局内における患者の動線部分が確認できる写真を添付してください。

(松葉杖や車椅子等を使用している患者が薬局の利用にあたり、不便を来たす恐れがないかどうかを確認するため)

※下記の撮影方向の例示を参考に、薬局内の構造が確認できるものにしてください。

【撮影方向の例示】

