様式第５号（第８条関係）

家族介護用品指定薬局等登録（変更・廃止）申請書

年　　月　　日

　伊達市長

所　在　地

　名　　　称

代表者氏名

電話番号

　伊達市家族介護用品給付要綱第８条の規定に基づき、家族介護用品指定薬局等の登録（変更・廃止）の申請をします。

（該当する以下の項目に☑を入れ、必要事項を記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ 登録 | 所在地 | |  | |
| 薬局等の名称 | |  | |
| 電話番号 | |  | |
| 介護用品の取扱 | | □ 現在、取り扱っている。  □ 今後、取り扱う予定  　（開始予定日　　　　年　　　月　　日） | |
|  |  | | | |
| □ 変更 | 変更年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 理　由 |  | | |
|  | 変 更 前 | | 変 更 後 |
| 所在地 |  | |  |
| 名　称 |  | |  |
| 代表者氏名 |  | |  |
| 電話番号 |  | |  |
| その他 |  | |  |
|  |
| □ 廃止 | 廃止年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 理　由 | |  | |
| 所在地 | |  | |
| 薬局等の名称 | |  | |
| 電話番号 | |  | |