

別紙 2 - 3 (薬局用)

遡及指定の希望に係る（ 予定届出書 ・ 届出書 ）
（薬局用）

新藥局名称

当保険薬局（ ）は、（ ）からの患者を引き続き調剤する等、別添のとおり、調剤実態が変わらないため、 年 月 日を遡及指定日として遡及指定を希望するとともに、当保険薬局において、同日より、別に届出する施設基準に係る調剤報酬の算定を希望します。

年 月 日

薬局の名称

薬局の所在地

開設者名：

(連絡先) 担当者名：

所属部署：

電話番号：

E-mail :

別添

【基本情報】 ※予定届出書の場合は、可能な範囲で記載すること。

	旧薬局	新薬局
保険薬局コード		(ある場合のみ記載)
保険薬局名称		
開設者		
管理者		
薬局の所在地		
新旧薬局の直線距離		km (小数第1位まで)
調剤患者の引継ぎ		有 ・ 無
調剤する薬剤師の引継ぎ		有 ・ 無
薬剤師の人数	常勤 : 人 非常勤 : 人 (常勤換算)	常勤 : 人 (うち、旧薬局で 常勤雇用 : 人 非常勤雇用 : 人 (常勤換算)) 非常勤 : 人 (常勤換算) (うち、旧薬局で 常勤雇用 : 人 非常勤雇用 : 人 (常勤換算))
調剤録の引継ぎ		有 ・ 無
過去に調剤した患者からの 問い合わせへの対応		有 ・ 無

【新薬局で届出（予定）を行う施設基準】

[illegible]