

法人開設の場合

別紙様式1 - (2)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書
（薬局）

保険医療機関	名 称	〇〇薬局 [開局日： 〇〇〇〇年〇月〇日] [医療機関コード（7桁）： 〇〇〇〇〇〇〇]		
	所 在 地	(〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 [電話番号： 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇]		
開 設 者	住 所	栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		
	氏名又は名称	株式会社〇〇 県庁 太郎		
	生 年 月 日	〇〇〇〇年〇月〇日	職 名	代表取締役
薬 剤 師 の 氏 名	県庁 花子	略 歴	(別紙1)	
医療機関からの処方箋受付状況	(別紙2)			
<p>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（障害者福祉法）第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を受けたいので、申請します。</p> <p>また、同法第59条第3項において準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>〇〇〇〇年〇月〇日</p> <p>開設者 住 所 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 氏名又は名称 株式会社〇〇 代表取締役 県庁 太郎</p> <p>栃木県知事 様</p>				

提出時点で厚生局から付与されていない場合は、ご連絡ください

法人の事務所住所

法人の名称 + 代表者の氏名

代表者の生年月日

管理薬剤師の氏名

法人の事務所住所

法人の名称 + 代表者の職名 + 代表者の氏名

- ※ (別紙1) 経歴書の「主たる職歴」欄には、店舗名を記載してください。
- ※ 薬剤師免許証の写しを添付すること。