

(別紙2)

医療機関からの処方箋受付状況

処方箋を	〇〇病院
受け付けた	〇〇病院
ことのある	〇〇クリニック
医療機関の	〇〇医院
名称等	〇〇診療所

**複数の医療機関から処方箋を受け付けている
保険薬局であること**

**※医療機関は、指定自立支援医療機関（精神通
院医療）や精神科標榜医療機関に限定しない**

**※新規開局にあたり、開局前に指定申請をする
場合は、提出不要**