

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 薬 局	名 称	[開局日： 年 月 日] [保険薬局コード（7桁）：		
	所 在 地	(〒) [電話番号：		
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
薬 剤 師 の 氏 名		略 歴	(別紙１)	
医療機関からの処方箋受付状況		(別紙２)		
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５９条第 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。 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。 年 月 日 開設者 住 所 氏名又は名称 栃木県知事 様				

※ (別紙1) 経歴書の「主たる職歴」欄には、店舗名、調剤実務経験を含めて記載すること。
※ 薬剤師免許証の写しを添付すること。