

個人開設の場合

記載例

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：(元号) 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	〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		
	氏名又は名称	県庁 太郎		
	生 年 月 日	(元号) 〇年〇月〇日	職 名	—
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)			
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6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。 (元号) 〇年〇月〇日 開設者 住 所 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 氏名又は名称 県庁 太郎 栃木県知事 様				

提出時点で関東信越厚生局から付与されていない場合は、記載不要

開設者の自宅住所

開設者の氏名

記載不要

開設者の生年月日

開局前の場合は、提出不要

管理薬剤師の氏名

開設者の自宅住所

開設者の氏名

※（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。