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。