

別紙様式 3 - (2)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書
（薬局）

保 険 薬 局	名 称	〇〇薬局		
		[保険薬局コード（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]		
	住 所	〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		
開 設 者	氏名又は名称	株式会社〇〇 県庁 太郎		
	生 年 月 日	(元号) 〇年〇月〇日	職 名	代表取締役
薬 剤 師 の 氏 名		県庁 花子		
医療機関からの処方箋受付状況		(別紙)		
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60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定の更新を受けたいので、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。 (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 株式会社〇〇 代表取締役 県庁 太郎 栃木県知事 様				

法人の本社所在地

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

法人の本社所在地

法人の名称 + 代表者の職名 + 代表者の氏名