

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	[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				
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。 年 月 日 開設者 住 所 氏名又は名称 栃木県知事 様				