

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書(薬局)(記入例)

医療機関	名称	あいち薬局あいち店 ※正式名称をご記入ください		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県〇〇市〇〇町〇〇番地		
開設者	名称	株式会社あいち ※個人開設の場合は代表者氏名		
	所在地	〒□□□-□□□□ TEL(□□□)□□□-□□□□ □□県□□市□□町□□番地 ※個人開設の場合は代表者住所		
開設代表者	氏名 あいち たろう	職名	生年月日	
	愛知 太郎	代表取締役	昭和△△年△△月△△日	
	住所 〒△△△-△△△△	△△県△△市△△町△△番地		厚生局から付与される7桁の番号をご記入ください
保険薬局の指定年月日等	医療機関番号	1234567	指定年月日	令和〇〇年〇月〇日
主として担当する薬剤師の氏名	愛知 二郎	有効期間にご注意ください		
主として担当する薬剤師の経歴書	別紙様式2-(2)			
<p>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)として指定されたく申請する。 また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7号を除く)の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p style="text-align: right;">令和〇〇年〇月〇日</p> <p>愛知県知事殿</p> <p style="text-align: right;">届出日をご記入ください</p> <p>保険薬局の開設者 所在地 □□県□□市□□町□□番地 名称 株式会社あいち 開設者(代表者) 代表取締役 愛知 太郎</p>				

備考「医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。