

## 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)

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	〒0000-0000 TEL(000)000-0000 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	〒0000-0000 TEL(000)000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地 ※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	
<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60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)として指定を更新されたく申請する。 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 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地 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>				