

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書(薬局)

医療機関 (備考)	名称	あいち薬局 ※正式名称を記入してください。		
	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番地		
開設者 (法人の場合は法人の名称及び法人所在地を記載)	氏名又は名称	株式会社あいち ※個人開設の場合は個人名		
	TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇番地		
	代表者	代表取締役・愛知 太郎		
保険薬局の指定年月日等		医療機関番号	1234567	指年 月 日 令和〇年〇月〇日
主として担当する薬剤師(管理薬剤師)の氏名		愛知 二郎		
主として担当する薬剤師の経歴書		別紙様式2-(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。 令和〇 年〇月〇日 愛知県知事 殿 保険薬局の開設者 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地 名称 株式会社あいち 開設者(代表者) 代表取締役 愛知 太郎				

備考「医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。