

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	(医療機関コード           —           )		
	所 在 地	〒           — 電話番号           (           )		
開 設 者	住 所	〒           — 電話番号           (           )		
	氏名又は 名 称			
	生年月日		職 名	
薬 剤 師 の 氏 名				
<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（平成17年法律第123号）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）として指定を更新されたく申請する。</p> <p>年   月   日</p> <p>開 設 者 住       所 氏名又は名称</p> <p>堺 市 長       殿</p>				