

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	○○薬局 (医療機関コード ○○-○,○○○,○)		
	所 在 地	〒○○○-○○○○ 堺市堺区南瓦町3番1号 電話番号 ○○○(○○○)○○○○		
開 設 者	住 所	〒○○○-○○○○ 堺市○区○○町○番○号 電話番号 ○○○(○○○)○○○○		
	氏名又は 名 称	株式会社○○○○ 代表取締役 ○○ ○○		
	生年月日	昭和○○年○月○日	職 名	代表取締役
薬 剤 師 の 氏 名		○○ ○○		
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。 令和○年○月○日 開 設 者 住 所 堺市○区○○町○番○号 氏名又は名称 株式会社○○○○ 代表取締役 ○○ ○○ 堺 市 長 殿				