

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書
 (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	個人 ・ 法人		
		生年月日	職 名	
薬 剤 師 の 氏 名		略 歴	(別紙)	
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。 年 月 日 開 設 者 住 所 氏名又は名称 堺 市 長 殿				

注意 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 薬剤師の経歴書
- (2) 欠格条項に該当しないことを誓約する書面