

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	〇〇薬局 (医療機関コード 〇〇-〇,〇〇〇,〇)		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市堺区南瓦町3番1号 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
開 設 者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市〇区〇〇町〇番〇号 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
	氏名又は 名 称	株式会社〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇		
		個人 ・ <input type="checkbox"/> 法人		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	職 名	代表取締役
薬 剤 師 の 氏 名	〇〇 〇〇		略 歴	(別紙)
<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。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>開 設 者 住 所 堺市〇区〇〇町〇番〇号 氏名又は名称 株式会社〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇</p> <p>堺 市 長 殿</p>				

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