指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定申請書
(薬局)

保険薬局	名 称			
	所 在 地			
	連絡先電話番号 及び連絡先電子 メールアドレス	@		
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
薬剤師の氏名			略 歴	
調剤のために必要な設備及び施設の概要				
<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(育成医療・更生医療)として指定されたく申請する。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 電 話 番 号</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>(あて先)千葉市長</p>				

※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

(別紙1 - 2)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏名		生年月日	
現住所					
最終学歴					
主たる 職 歴					

(別紙2-2)

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造		調剤室の面積	
	品目	品目	
主たる設備			

- 備考) 1 薬局の見取図を添付すること。
2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。