

第二号様式（第三条第二項）
（その二 精神通院医療用）

指定自立支援医療機関指定申請書（薬局用）

年 月 日

千葉県知事 様

薬局の開設者
住所又は所在地

氏名又は名称

㊟

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第59条第1項に規定する指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を受けたいので、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施行規則第57条第2項の規定により、次のとおり申請します。

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します。

1 保険薬局の名称及び所在地

名 称

郵便番号

所 在 地

電話番号

2 開設者の住所又は所在地、氏名又は名称、生年月日及び職名

住所又は所在地

氏名又は名称

生年月日

職 名

3 薬剤師の氏名

4 薬剤師の略歴（別紙1）

5 処方せんの受付状況（別紙2）

※ 薬剤師免許証の写しを添付すること。

※ 保険薬局の指定通知書の写しを添付すること。

別紙1

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

処方せんの受付状況

医 療 機 関 名	医 療 機 関 名

医療機関名には、処方せんを受け付けているか、又は受け付ける予定がある医療機関名を記入すること。(予定の場合には、医療機関名の末尾に「(予定)」と記入すること。)