

申請書の記入例

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）

申請日（郵送の場合は
発送日）を記入してく
ださい。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 様

薬局の開設者

住所又は所在地 千葉県〇〇市〇〇1丁目〇〇

氏名又は名称 株式会社 〇〇薬品

代表取締役 〇〇 〇〇 印

開設者が法人の場合、
法人の代表者印を押印
してください。

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 株式会社〇〇薬品 △△△△薬局

郵便番号 △△△-△△△△

所在地 千葉県△△市△△1丁目△△△

電話番号 04△-△△△-△△△△

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 千葉県〇〇市〇〇1丁目〇〇

氏名又は名称 株式会社 〇〇薬品 代表取締役 〇〇 〇〇

生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日

職名 代表取締役

3 薬剤師の氏名 〇〇 〇〇

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。

経歴書の記入例

(別紙1)

ふりがなも漏れなく
記入してください。

経 歴 書

学 位	薬学士	ふりがな 氏 名	○○○○○○○○ ◎◎◎◎	印	生年月日	昭和〇年〇月〇日
現 住 所		千葉県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇				
最 終 学 歴		〇〇大学〇〇学部〇〇学科卒業				
主 たる 職 歴		<p>昭和〇〇年〇月〇日 薬剤師免許取得</p> <p>昭和〇〇年〇月〇日～昭和〇〇年〇月〇日 有限会社〇〇薬局薬剤師</p> <p>昭和〇〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇日 株式会社〇〇薬品 〇〇研究室 研究員</p> <p>平成〇〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇日 株式会社〇〇薬局◎◎店(自立支援医療 機関(精神通院)として〇〇県から指 定)管理薬剤師</p> <p>平成〇〇年〇月〇日～ 株式会社〇〇薬局▲▲店 薬剤師</p> <p>現在に至る</p>				

新規開局の場合、これらの記載がなければ、自立支援医療機関(精神通院)として指定することができません。

今回申請の薬局名になります。