

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（記入例）
（薬局）

保険薬局	名称 (注1)	〇〇薬局 ※正式名称をご記入ください。		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 山口市〇〇町△△1番1号 電話(〇〇〇)〇〇〇局〇〇〇〇番		
開設者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 山口市△△町〇〇2番2号 ※個人開設の場合は代表者住所		
	氏名又は名称	株式会社 〇〇 ※個人開設の場合は代表者氏名		
	生年月日(注2)	※昭和〇年〇月〇日	職名(注3)	※管理薬剤師
薬剤師の氏名		山口 次郎	略歴	(別紙経歴書)
<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>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>令和〇年 〇月 〇日</p> <p>申請日をご記入ください。</p> <p>(開設者) 住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 山口市△△町〇〇2番2号</p> <p>氏名又は名称 株式会社 〇〇 代表取締役 山口 太郎</p> <p>電 話 (〇〇〇) 〇〇〇局〇〇〇〇番</p> <p>申請担当者名 事務部 山口 花子</p> <p>山口 県 知 事 様</p> <p>内容について、お問い合わせする場合があります。</p> <p>押印は不要です。（個人・法人とも）</p>				

- 注1 保険医療機関の名称は、正式名称を記載してください。
注2 生年月日について、開設者が法人の場合は記入不要。
注3 職名について、開設者が法人の場合は記入不要。
開設者が個人の場合は、医療機関における職名（例：管理薬剤師、薬剤師）を記載すること。

【添付書類】

- 保険薬局指定通知書の写し
薬剤師免許証の写し