指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書（記入例）（薬局）

保険薬局	名称（注１）	○○薬局 ※正式名称をご記入ください。		
	所在地	〒○○○-○○○○ 山口市○○町△△１番１号 電話（○○○）○○○局　○○○○番		
開設者	住所	〒○○○―○○○○ 山口市△△町○○２番２号 ※個人開設の場合代表者住所		
	氏名又は名称	株式会社　○○ ※個人開設の場合代表者氏名		
	生年月日（注２）	※昭和○年○月○日	職名（注３）	※管理薬剤師
薬剤師の氏名		山口　次郎		

直近の申請（届出）と変更がないかご確認ください。変更がある場合には、**変更届出書**が必要です。

上記のとおり、障害者　　的に支援するための法律（平成１７年法律第１２３号　　き指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定

また、同法第５９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。

令和○年　○月　○日

申請日をご記入ください。

（開　設　者）

住　　所　〒○○○-○○○○
山口市△△町○○２番２号

氏名又は名称　株式会社　○○
及び代表者職氏名　代表取締役　山口　太郎

内容についてお問い合わせする場合があります。

電　　話（○○○）○○○局○○○○番

申請担当者名　事務部　山口花子

山口県知事様

押印は不要です。（個人・法人とも）

注１　保険医療機関の名称は、正式名称を記載　　確認）。
注２　生年月日について、開設者が法人の場合　　
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：医師等）を記載すること。

【添付書類】
保険薬局指定通知書の写し