様式第１４号

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書

(薬局)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 | [保険医療機関コード：　　　　　　　　　　　　　] | | | | |
| 所在地 | 〒  [電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | | |
| 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 | (付表) |
| 上記のとおり，障害者総合支援法第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)の指定を受けたいので申請します。  　また，同法第５９条第３項において準用する同法第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。  　　　　年　　月　　日  　　 (宛先)  開設者  住所  氏名又は名称 | | | | | | |

付表

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 |  | | | | |

　※　薬剤師免許証の写しを添付すること。