

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書
(薬局)

保険医療機関	名 称	〇〇薬局 ××店		
	所 在 地	〒123-4567 福岡市〇〇区〇〇1-2-3 〇〇ビル〇階		
	電 話 番 号	123-456-7890		
	医療機関コード	123.456.7	開設年月日	令和〇〇年〇月〇日
開 設 者	住 所 ※法人の場合、主たる事業所の所在地	福岡市××区××4-5-6		
	氏 名 ※法人の場合、名称及び代表者氏名	株式会社〇〇 福岡 太郎		
	職 名 ※法人の場合、代表者の職名	代表取締役	生年月日	昭和〇年〇月〇日
薬剤師の氏名		天神 花子	略歴	(付表)
<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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">申請日を記入してください 令和7年4月1日</p> <p>福岡市長様</p> <div style="border: 1px dashed blue; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p>開設者 住所(法人の場合、主たる事業所の所在地) 福岡市××区××4-5-6</p> <p>氏名(法人の場合、名称及び代表者氏名) 株式会社〇〇 代表取締役 福岡 太郎</p> </div> <p style="margin-top: 20px;">押印は不要です</p>				

ビル名・階数(部屋番号)は省略せず記載してください。

コードが未定の場合は空欄で構いません。
※決定後、速やかに報告してください。

法人化していない場合は空欄にしてください。

付表

経 歴 書

ふりがな	てんじん はなこ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
氏名	天神 花子		
現住所	福岡市△△区△△7-8-9		
最終学歴	〇〇大学 薬学部 卒業		
主たる経歴	平成〇年〇月 株式会社〇〇入社 〇〇薬局 △△店 薬剤師		
	平成〇年〇月 〇〇薬局 ××店 管理薬剤師		
	・ ・ ・		

勤務した薬局及び勤務先の身分
(薬剤師、管理薬剤師)を明記してください

【補足事項】
・「薬剤師」は、以下のすべての条件を満たす薬剤師を記載してください。
（ア）新規開局する保険薬局（保険薬局指定日から6か月以内）の場合
①過去に他の指定自立支援医療機関において、6か月以上の管理薬剤師経験があること
②1年以上の調剤実務経験があること

（イ）その他の保険薬局の場合
①1年以上の調剤実務経験があること

※薬剤師免許証の写しを添付すること。