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)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 医療機関コード |  | 開設年月日 | 　　　年　月　日 |
| 開設者 | 住所※法人の場合、主たる事業所の所在地 | 　 |
| 氏名※法人の場合、名称及び代表者氏名 |  |
| 職名※法人の場合、代表者の職名 | 　 | 生年月日 |  |
| 薬剤師の氏名 |  | 略歴 | （付表） |
| 　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。　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　　福岡市長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　**開設者**住所（法人の場合、主たる事業所の所在地）氏名（法人の場合、名称及び代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

付表

経歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　 |
| 氏名 |  |
| 現住所 | 　 |
| 最終学歴 |  |
| 主たる経歴 | 　 |

　**※薬剤師免許証の写しを添付すること。**