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。**