

様式第12号（規格A4）（第12条関係）
（その2）

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	(薬局コード)		
	所 在 地	〒 - (電話番号 - -) (E-mail)		
開 設 者	住 所	〒 -		
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
薬 剤 師 の 氏 名		経 歴	(別紙1)	
<p>上記のとおり、障害者総合支援法第59条第1項の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請します。</p> <p>また、障害者総合支援法第59条第3項において準用する障害者総合支援法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 (電話番号 - -)</p> <p>群馬県知事 あて</p>				

(別紙)

経 歴 書

フリガナ 氏 名		生年月日	
現 住 所			
年 月 日	任 免 事 項		

※薬剤師免許証の写しを添付してください。

(別紙2)

処方せん受付状況調

医療機関名

備考 「医療機関名」欄には、処方せんを受け付けている医療機関名を記入してください。

(記入要領)

- 1 「保険薬局」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 「開設者」の名称は、法人にあつては法人名、代表者の役職及び氏名を記載し代表者印(代表取締役印等)を押印すること。
- 3 (別紙1)
 - ・経歴書には、薬剤師免許証の写しを添付すること。
 - ・経歴には期間、身分が明確に分かるよう記載のこと。
例 平成○年○月○日～平成○年○月○日 △△薬局保険薬剤師
平成○年○月○日～平成○年○月○日 有限会社○○薬局管理薬剤師
- 4 (別紙2)
 - ・複数の医療機関からの処方せんを受け付けていることが条件です。
 - ・申請時点で処方せんを受け付けている医療機関名を記載のこと。