

（薬局）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（指定更新）申請書

年 月 日

函館市長 様

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

住所

（法人にあっては、その名称および代表者の氏名）

申請者 氏名

電話 局 番

指定自立支援医療機関の指定（指定の更新）を受けたいので、次のとおり申請します。また、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3項において準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号までおよび第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地	(電話 局 番)		
開 設 者	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）			
	氏名（法人にあっては、その名称および代表者の氏名）			
	生年月日（法人にあっては、その代表者の生年月日）	年 月 日	法人の場合 は、その代 表者の職名	
主として調剤を 担当する薬剤師	氏 名			
	経 歴	別紙1のとおり		
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 お よ び 施 設 の 概 要		別紙2のとおり		

- 注 1 育成医療または更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、様式の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない部分を二重線で消してください。
- 2 保険薬局の名称欄は、保険薬局としての正式名称を記入してください。
- 3 指定の更新を申請する場合は、指定を受けている保険薬局について、指定を申請し、または届け出た内容に変更がないときは、主として調剤を担当する薬剤師の経歴欄および調剤のために必要な設備および施設の概要欄の記載を省略することができます。

(別紙1)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
現 住 所					
最 終 学 歴					
主 たる 職 歴					

(別紙2)

調剤のために必要な設備および施設の概要

調剤室の構造		調剤室の面積	m ²
主たる設備	品目	品目	

添付書類

薬局の見取図

注 主たる設備欄は、薬局等構造設備規則に掲げるもの以外のものがある場合に、その主たるものを記入してください。