

第五号様式（第四条第二号）

（その二 精神通院医療用）

指定自立支援医療機関指定更新申請書（薬局用）

年 月 日

千葉県知事 様

薬局の開設者

住所又は所在地

氏名又は名称

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60条第1項に規定する指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

また、同法第59条第3項で準用する同法第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。

1 保険薬局の名称及び所在地

名 称

郵便番号

所 在 地

電話番号

2 開設者の住所又は所在地、氏名又は名称、生年月日及び職名

住所又は所在地

氏名又は名称

生年月日

職 名

3 薬剤師の氏名

4 薬剤師の略歴（別紙1）

5 処方せんの受付状況（別紙2）

※ 薬剤師免許証の写しを添付すること。

※ 保険薬局の指定通知書の写しを添付すること。

別紙 1

経 歴 書

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

別紙2

処方せんの受付状況

医療機関名	医療機関名

医療機関名には、処方せんを受け付けているか、又は受け付ける予定がある医療機関名を記入すること。（予定の場合には、医療機関名の末尾に「(予定)」と記入すること。）