

申請書の記入例

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）

申請日（郵送の場合は
発送日）を記入してく
ださい。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事

様

薬局の開設者

住所又は所在地 千葉県〇〇市〇〇1丁目〇〇

氏名又は名称 株式会社 〇〇薬品

代表取締役 〇〇 〇〇

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 株式会社〇〇薬品 △△△△薬局

略称ではなく、
正式名称を記
入してくださ
い。

郵便番号 △△△-△△△△

所 在 地 千葉県△△市△△1丁目△△△

電話番号 04△-△△△-△△△△

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

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇

住所又は所在地 千葉県〇〇市〇〇1丁目〇〇

氏名又は名称 株式会社 〇〇薬品 代表取締役 〇〇 〇〇

生年月日 昭和〇〇年〇月〇日

職 名 代表取締役

「住所又は所在地」「氏名又は名
称」は、上記の「薬局の開設者」
に記入したものと同様に記入して
ください。

3 薬剤師の氏名 〇〇 〇〇

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。

経歴書の記入例

(別紙1)

ふりがなも漏れなく
記入してください。

経歴書

学 位	薬学士	ふりがな 氏 名	○○○○○○○○ ◎◎◎◎	生年月日	昭和○年○月○日
現 住 所	千葉県○○市○○町○○-○○				
最 終 学 歴	○○大学○○学部○○学科卒業				
主 たる 職 歴	○○年○月○日 薬剤師免許取得 ○○年○月○日～○○年○月○日 有限会社○○薬局薬剤師 ○○年○月○日～○○年○月○日 株式会社○○薬品 ○○研究室 研究員 ○○年○月○日～○○年○月○日 株式会社○○薬局◎◎店(自立支援医療 機関(精神通院)として○○ 県から指定) 管理薬剤師 ○○年○月○日～ 株式会社○○薬局▲▲店 薬剤師 現在に至る				

今回申請の薬局名になります。