

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書
（薬局）

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地	電話番号		
開 設 者	住 所	電話番号		
	氏名又は名称			
	生 年 月 日	年 月 日	職 名	
薬 剤 師 の 氏 名			略 歴	別紙第1のとおり
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要			別紙第2のとおり	
<p style="text-align: center;">（宛先）旭川市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を受けたいので、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項の規定により、申請します。</p> <p>なお、申請に当たっては、同法第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 style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p>				

（注）指定の申請をする医療が、育成医療又は更生医療のいずれかであるときは、申請に係る医療を○で囲んでください。

別紙第1

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					

別紙第2

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造		調剤室の面積	
	品 目	品 目	
主たる設備			

(注) 1 薬局の見取図を添付してください。

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載してください。