

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新（変更）申請書
（薬局）

保 険 薬 局	名 称	(医療機関コード)	
	所 在 地	(〒 -) (電話番号 -)	
開 設 者	住 所	(〒 -) (電話番号 -)	
	氏 名 又 は 名 称		
管 理 薬 剤 師 の 変 更 の 有 無			有 ・ 無 ※有の場合は別紙 1 添付
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 変 更 の 有 無			有 ・ 無 ※有の場合は別紙 2 添付
上記のとおり、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 項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定の更新（変更）を受けたいので、申請します。 年 月 日 久留米市長 宛て (開設者) 住 所 氏 名 〔 法人にあっては、主たる事務所 所在地、名称及び代表者の氏名〕			

備考 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。

記載内容で変更が無い場合は、「(変更)」を二重線で消去してください。変更がある場合は、必要な書類を添えてください。

経 歴 書 （薬局用）

学 位		フリガナ		生 年 月 日	
		氏 名			
現 住 所					
最 終 学 歴					
主 たる 職 歴	※薬剤師としての経歴を記入し、経歴の中で、指定医療機関の管理薬剤師として勤務していた期間を下段にかっこ書きで記入してください （添付書類）薬剤師免許証の写し				

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	m ²
主たる設備	品目	品目	

備考

- 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。