

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	(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			
薬 剤 師 の 氏 名			略 歴	別紙 1
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要			別紙 2	
<p>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 59 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) として指定を受けたいので、申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>久留米市長 宛て</p> <p style="text-align: center;">(開設者) 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">〔 法人にあつては、主たる事務所〕 所在地、名称及び代表者の氏名〕</p>				

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。

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、 <u>指定医療機関の管理薬剤師</u> 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
	品 目	品 目	
主たる設備			

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。