様式第13号（その２）薬局用（第11条関係）

指定自立支援医療機関（~~育成医療・更生医療~~・精神通院医療）指定申請書

（薬局）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 | （医療機関コード　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 所在地 | 〒  TEL | | | | |
| 開設者 | 住所 | 〒  TEL | | | | |
| 氏名または名称 |  | | | | |
| 生年月日 |  | 職名 | |  | |
| 薬剤師の氏名 | |  | | 略歴 | | 別紙１ |
| 調剤のために必要な設備および施設の概要 | | | | 別紙２ | | |
| 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~~・精神通院医療）として指定を受けたいので申請します。  　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。  　　　　　　年　　月　　日  開設者  住所  氏名または名称  　　（あて先）  　　　 滋賀県知事 | | | | | | |

注　育成医療、更生医療または精神通院医療のいずれかの指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療・精神通院医療）」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。

（別紙１）

経　　　歴　　　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | ふり　　　　がな  氏　　名 | 印 | 生年月日 |  |
| 現住所 |  | | | | |
| 最終学歴 |  | | | | |
| 主たる  職歴 |  | | | | |

（別紙２）

調剤のために必要な設備および施設の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調剤室の構造 |  | 調剤室の面積 | |  |
| 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。

　　（別　紙）

|  |  |
| --- | --- |
| 薬　局　名 |  |
| 営　業　日  　・  営業時間 |  |
| 処方せんを  受付ている  医療機関名 |  |