

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書
(薬局)

保険薬局	名称	●●薬局 伊川谷店									
	所在地	〒 123-4567 TEL(078)●●●●-●●●●● 神戸市西区●●町●丁目●番●号									
開設者	住所	〒 012-3456 TEL(078)○○○-○○○○○ 神戸市中央区○○町○丁目○番○号									
	氏名・役職・法人等名称	氏名 神戸 太郎 役職 代表取締役 (生年月日 昭和××年×月×日) 名称 株式会社●●									
保険薬局の指定年月日等	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	指定年月日	令和4年4月1日	
主として担当する薬剤師の氏名	神戸 花子										
主として担当する薬剤師の経歴	別紙様式4	複数の医療機関からの処方せんの受付					<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無				
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(障害者福祉法)第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7号を除く)の規定に基づき、指定を受けるためには「有」である必要があります。											
開設者が法人の場合は法人所在地・法人名称・代表者の職名および氏名 開設者が個人の場合は個人の住所・氏名を記入してください。											
開設者 住所 神戸市中央区○○町○丁目○番○号 氏名又は名称 株式会社●● 代表取締役 神戸 太郎											

備考 1 「保険薬局」の名称は、必ず正式名称を記載すること。
2 「医療機関コード」は、診療報酬請求時の7桁の薬局コードを記入すること。