

指定自立支援医療機関指定更新申請書
(精神通院医療 薬局)

保 険 薬 局	名 称	株式会社〇〇薬局△△店
	所 在 地	山形市松波二丁目 8 番 1 号
開 設 者	住 所	山形市松波二丁目 8 番 2 号
	氏 名 又 は 名 称	株式会社〇〇薬局 代表取締役 ○ ○ ○ ○
薬 剤 師 の 氏 名		○ ○ ○ ○ 管理薬剤師の氏名
<p>指定自立支援医療機関の指定の更新を受けたいので、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 60 条第 1 項の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p>令和〇〇年 ○月〇〇日 申請書提出日を記入してください。</p> <p style="text-align: center;">開設者</p> <p style="text-align: center;">住 所 山形市松波二丁目 8 番 2 号</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 株式会社〇〇薬局</p> <p style="text-align: center;">代表取締役 ○ ○ ○ ○</p> <p>山形県知事 殿</p>		