

指定自立支援医療機関指定申請書

(薬局)

指 定 区 分		育成医療・更生医療		
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 〇〇 〇〇		
薬 剤 師 の 氏 名	〇〇 〇〇	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>指定自立支援医療機関の指定を受けたいので、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 59 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××年 ×月××日</p> <p style="text-align: right;">開設者</p> <p style="text-align: right;">住 所           山形市松波二丁目〇番〇号</p> <p style="text-align: right;">氏名又は名称   株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇</p> <p>山形県知事 殿</p>				

備考 育成医療・更生医療のうち、指定を希望するものを○で囲むこと。