様式第12号（規格Ａ４）（第12条関係）

（その２）

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 | （薬局コード　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　　　　　　（電話番号　　　－　　　－　　　　）　　　（E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 開設者 | 住所 | 〒　　　－ |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  | 職名 |  |
| 薬剤師の氏名 |  | 経歴 | （別紙１） |
| 上記のとおり、障害者総合支援法第５９条第１項の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請します。　また、障害者総合支援法第５９条第３項において準用する障害者総合支援法第３６条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）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　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　－　　　－　　　　）　　　　群馬県知事　あて |

（別紙）

経　　　歴　　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 | 　 | 生年月日 |  |
| 現住所 |  |
| 年月日 | 任　免　事　項 |
|  |  |

※薬剤師免許証の写しを添付してください。

（別紙２）

処 方 せ ん 受 付 状 況 調

|  |
| --- |
| 医　療　機　関　名 |
|  |

備考　「医療機関名」欄には、処方せんを受け付けている医療機関名を記入してください。

　（記入要領）

　１　「保険薬局」の名称は、正式名称を記載すること。

　２　「開設者」の名称は、法人にあっては法人名、代表者の役職及び氏名を記載し代表者印（代表取締役印等）を押印すること。

　３　（別紙１）

　　・経歴書には、薬剤師免許証の写しを添付すること。

　　・経歴には期間、身分が明確に分かるよう記載のこと。

　　　例　平成○年○月○日～平成○年○月○日　△△薬局保険薬剤師

　　　　　平成○年○月○日～平成○年○月○日　有限会社○○薬局管理薬剤師

　４　（別紙２）

　　・複数の医療機関からの処方せんを受け付けていることが条件です。

　　・申請時点で処方せんを受け付けている医療機関名を記載のこと。