

様式第14号（規格A4）（第13条関係）  
（その2）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）更新申請書  
（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				
<p>上記のとおり、障害者総合支援法第60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）として更新されたく申請します。</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 (電話番号 - - )</p> <p>群馬県知事 あて</p>				