様式第３３号

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定
（変更・更新）申請書（薬局）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 | 電話番号　　　　　　　　　 |
| 所在地 |  |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  | 職 名 |  |
| 薬剤師の氏名　　　　　　　　 |  | 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） |
| 更新申請の場合は変更の有無 | 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（平成17年法律第123号）第59条第１項（第60条第1項）の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定（変更・更新）されたく申請する。　また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　開　　設　　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号（あて先）前橋市長 |

※　育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

※　更新申請の場合、「薬剤師の氏名」及び「略歴」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙１を添付すること。

※　更新申請の場合、「調剤のために必要な設備及び施設の概要」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙２を添付すること。

（別紙１）

経　　　　　　歴　　　　　　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | ふりがな氏名 | 　 | 生年月日 |  |
| 現住所 |  |
| 最終学歴 |  |
| 主たる職歴 |  |

（別紙２）

調剤のために必要な設備及び施設の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調剤室の構造 |  | 調剤室の面積 |  |
| 主たる設備 | 品　　　　　　　　目 | 品　　　　　　　　目 |
|  |  |

（備考）１　薬局の見取図を添付すること。

２　主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第２号）

に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。

（別紙３）

処方せん受付状況調

|  |
| --- |
| 　医　療　機　関　名 |
|  |

　医療機関名には、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。