

様式第1-(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	フリガナ 名 称						
	医療機関コード						
	所在地	( 〒 - ) 電話 ( )					
管理薬剤師の氏名					略歴	(別紙)	
開設者	名称及び 代表者氏名						
	住 所	( 〒 - ) 電話 ( )					
	代表者 生年月日	年	月	日	代表者職名		
<p>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項の規定による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する。</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名または名称</p> <p>(提出先)大阪市長</p>							