

6年目更新用

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定更新申請書 【薬局】

保険薬局 の名称	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							
開設者	名称および 代表者						
	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60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)として指定を更新されたく申請する。</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>							

(記入要領)

- ・ 「保険薬局の名称」は必ず正式名称を記載すること。