

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			
	連絡先電話番号及び 連絡先電子メールアドレス	@		
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
薬 剤 師 の 氏 名			略 歴	(別紙)
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（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>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称 電 話 番 号</p> <p>(あて先) 千葉市長</p>				

(別紙)

## 経 歴 書

学 位		姓 名	Ⓜ	生年月日	
現 住 所					
最 終 学 歴					
主 たる 職 歴					

※薬剤師免許証の写しを添付すること。