

第3号様式の3(第2条の2関係)

年　月　日

(あて先)浜松市長

住所(所在地)

申請者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

指定自立支援医療機関指定更新申請書(薬局)

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第60条第1項の規定による指定自立支援医療機関の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

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項を除く。)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

保険薬局	名 称	(医療機関番号 )		
	所 在 地	〒		
	電 話 番 号			
代表者 (開設者)	住 所	〒		
	氏名又は名称			
	生 年 月 日	年	月	日
薬 剤 師 の 氏 名				
調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無	有・無			

(備考) 「調剤のために必要な設備及び施設」において、直近の指定申請又は変更届出から変更があった場合は、別紙12を添付してください。

※申請内容のお問合せ先(必ず記入)

申請者又は担当者名

電話