別紙２４

※研修認定薬剤師未取得のとき

　　年　　月　　日

（あて先）浜松市長

承諾書

指定自立支援医療機関（育成・更生医療）薬局の指定について

　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54条第2項の規定による指定自立支援医療機関の指定において、又は同法律第64条の規定による指定自立支援医療機関の変更において、下記の内容について承諾します。

記

１　今後、管理薬剤師もしくは常勤の勤務薬剤師について最低１名は、研修認定薬剤師（原則、日本薬剤師研修センター認定）を取得することに努めます。

２　自立支援医療機関の更新申請時に研修認定薬剤師証（原則、日本薬剤師研修センター認定）の写しを添付します。（管理薬剤師もしくは常勤の勤務薬剤師）

３　上記１及び２について遵守できなかった場合は、指定自立支援医療機関（育成・更生医療）を辞退し、既に自立支援医療（育成・更生医療）を受けている患者に対しては不利益が生じないように配慮します。

医療機関名

代表者氏名

(署名又は記名押印をしてください)