

別紙 2 4

※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)