様式第40号（第26条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書

（薬局）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒電話番号 |
| 開設者 | 住所 | 〒電話番号 |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  | 職名 |  |
| 薬剤師の氏名 |  | 略歴 | （別紙1） |
| 調剤のために必要な設備及び施設の概要 | （別紙2） |
| 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第59条第1項の規定により指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を受けたいので申請します。また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。　　　　年　　月　　日開設者　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　（あて先）岐阜市長 |

※　育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない部分を二重線で消去すること。

（別紙1）

経歴書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | フリガナ氏名 |  | 生年月日 |  |
| 現住所 |  |
| 最終学歴 | （　　　　年　　月卒） |
| 主たる職歴 |  |

備考　薬剤師免許の写しを添付すること。

（別紙2）

調剤のために必要な設備及び施設の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調剤室の構造 |  | 調剤室の面積 |  |
| 主たる設備 | 品目 | 品目 |
|  |  |

備考

1　薬局の見取図を添付すること。

2　「主たる設備」欄には、薬局等構造設備規則に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。