

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 | ふりがな 名 称 | (医療機関コード —) | | |
| | ふりがな 所 在 地 | 〒 — TEL () | | |
| 開 設 者 | ふりがな 所 在 地 | 〒 — TEL () | | |
| | ふりがな 法 人 名 | | | |
| 薬 剤 師 の 氏 名 | | | 略 歴 | (別紙1) |
| <p>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 (精神通院医療) の指定を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>所 在 地</p> <p>名 称</p> <p>代表者職氏名</p> <p>大 阪 府 知 事 様</p> | | | | |

※読み間違いが発生する恐れのある氏名(名称)や住所(所在地)が含まれる場合は、その部分にふりがなをお願いします。