

# 連 絡 表

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書及び添付書類の内容について、  
照会等がある場合は、下記の連絡先までお願いします。

記

|       |       |  |
|-------|-------|--|
| 保険薬局  | 名 称   |  |
|       | 所 在 地 |  |
| 連 絡 先 | 名 称   |  |
|       | 担当者氏名 |  |
|       | 郵便番号  |  |
|       | 住 所   |  |
|       | 電 話   |  |
|       | F A X |  |