

## 第2号様式一(1)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療（薬局用））

厚生局に申請中の場合は「(遡及)申請中」と記載しコードが発行されたら速やかに連絡すること。

保険薬局	名 称	〇〇薬局 〇〇店 保険医療機関コード (〇〇〇〇〇〇〇 (申請中))		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 平塚市〇〇町〇-〇 TEL 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇		
開設者 (*)	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇		
	氏名（個人開設の場合）又は法人名と代表者（法人開設の場合）	株式会社〇〇 代表取締役〇〇 〇〇		
	生年月日（個人開設の場合）		職名（個人開設の場合）	
薬 剤 師 の 氏 名		神奈川 三郎	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)	
<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（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定されたいので申請します。</p> <p>また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定いずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>申請書提出日を記載すること。</p> <p>開設者（下記下線部に（*）と同じ住所等を記載）</p> <p>住 所 横浜市中区日本大通〇</p> <p>氏名又は 株式会社〇〇 法人名と代表者 代表取締役〇〇 〇〇</p> <p>開設者（*）と同じ内容とすること。</p> <p>神奈川県知事 殿</p>				

※ 育成医療又は更生医療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、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

●担当者連絡先 担当者□□ TEL : 070-XXXX-XXXX

次の書類を添付し、御提出ください。

【全てに必要な提出書類】別紙1、別紙2、薬局の見取図

(第2号様式—(1)の別紙1)

## 経 歴 書

学 位	学士(薬学)		
ふりがな 氏 名	かながわ さぶろう 神奈川 三郎	生年月日	○年○月○日
現 住 所	〒○○○-○○○○ 横浜市中区日本大通○		
最終学歴	○○大学 薬学部 薬学科 卒業		
主たる 職 歴	○年○月 医療法人○○会 ○○病院 入職 薬剤科に配属 ○年○月 医療法人○○会 ○○病院 退職 ○年○月 株式会社○○薬局 入社 ○○薬局△△店に勤務 ○年○月 ○○薬局○○店へ異動 ○年○月 ○○薬局○○店(管理薬剤師、指定自立支援医療機関) ○年○月 ○○薬局○○店(新規開局)へ異動(管理薬剤師)		

「別紙のとおり」と記載し、要件が確認できる任意の経歴書添付による提出も可能とします。

- 十分な調剤経験を持つ管理薬剤師であることがわかるよう記載すること。
- 新規開局の場合は、他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての職歴を記載すること。

(第2号様式—(1)の別紙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	鉄骨コンクリート造	調剤室の面積	○○.○○㎡
主たる設備	品 目	品 目	
	調剤台 自動錠剤分包機	電子天秤 冷蔵庫	

- (備考)
- 1 薬局の見取図を添付すること。
  - 2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)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。

見取図に、通路・待合室など、身体障害に配慮した設備構造等が確保されていること(段差ないこと、車椅子通行可等)を付記してください。

【記載例】〇〇薬局〇〇店 見取図 (平塚市〇〇町〇-〇)

