

第2号様式一（2）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）
(薬局用)

厚生局に申請中の場合は「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	○○薬局○○店 保険医療機関コード（○○○○○○○○（申請中））		
	所 在 地	〒○○○-○○○○ 茅ヶ崎市○○町○-○ Tel○○○○ (○○) ○○○○		
開設者 (*)	住 所	横浜市中区日本大通○		
	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○○ 代表取締役○○ ○○		
	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 花子	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（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（精神通院医療）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>○年 ○月 ○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○</p> <p>開設者(*)と同じ内容とすること。</p> <p>氏名又は 株式会社○○ 法人名と代表者 代表取締役○○ ○○</p> <p>神奈川県知事 殿</p>				

●担当者連絡先 担当者□□ TEL：070-XXXX-XXXX

次の資料を添付し、御提出ください。

【全てに必要な提出書類】別紙1

(第2号様式—(2)の別紙1)

経歴書

学位	学士（薬学）		
ふりがな 氏名	かながわ はなこ 神奈川 花子	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		
主たる 職歴	○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○○店へ異動（管理薬剤師、指定自立支援医療機関） ○年○月 ○○薬局○○店（新規開局）～異動（管理薬剤師） （現在に至る）		

「別紙のとおり」と記載し、要件が確認でい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。