

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書

（薬局）

保 険 薬 局	名 称	(医療機関コード -)	
	所 在 地	〒 -	Tel ()
開 設 者	住 所	〒 -	Tel ()
	氏名又は 名 称	(役職名)	
		(生年月日) 年 月 日	
薬 剤 師 の 氏 名			
調剤の為に必要な設備及び施設の変更の有無			有 ・ 無
<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60条第1項の規定による医療機関等（育成医療・更生医療）として指定を更新されたく申請する。</p> <p>枚 方 市 長</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>			