

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 住 所	〒 — TEL ( )		
	ふ り が な 氏 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>住 所</p> <p>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いたします。