

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・精神通院医療）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		
薬 剤 師 の 氏 名			
(育成・更生医療のみ記入) 調剤のため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・精神通院医療）として指定を更新されたく申請する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>大 阪 府 知 事 様</p>			