

様式第 19 号 (その 2) (第 13 条関係)

指定自立支援医療機関 (精神通院医療) 指定更新申請書
(薬局)

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地			
開 設 者	住 所			
	氏 名 又 は 名 称			
	生 年 月 日		職 名	
薬 剤 師 の 氏 名				
<p>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 項の規定に基づき指定自立支援医療機関 (精神通院医療) として指定の更新を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>また、同条第 3 項において準用する同法第 36 条第 3 項各号 (第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く。) に該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏 名 又 は 名 称</p> <p>宮崎県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">Ⓔ</p>				