

## 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写しを提出すること。

保険 薬局	名 称	〇〇薬局〇〇店 保険医療機関コード（〇〇〇〇〇〇〇（申請中））		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 茅ヶ崎市〇〇町〇-〇 Tel 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇		
開設者 （*）	住 所	横浜市中区日本大通〇		
	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）	株式会社〇〇 代表取締役〇〇 〇〇		
	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）

開設前等で連絡がつかない場合、欄外に担当者連絡先を付記すること。

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。

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。

〇年 〇月 〇日

申請書提出日を記載すること。

開 設 者（下記下線部に（\*）と同じ住所等を記載）

住 所 横浜市中区日本大通〇

氏名又は 株式会社〇〇  
法人名と代表者 代表取締役〇〇 〇〇

開設者（\*）と同じ内容  
とすること。

神奈川県知事 殿

●担当者連絡先 担当者〇〇 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

※ 遡及申請の場合：厚生局に遡及申請をしたことがわかる書面（申請書の写し）

（第2号様式一（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）へ異動（管理薬剤師） （現在に至る）		
・十分な調剤経験を持つ <u>薬剤師</u> 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。			

「別紙のとおり」と記載し、要件が確認している任意の経歴書添付による提出も可能とします。

