

指定申請書類は、薬局の所在地の市町村役場の福祉担当課に提出してください。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書（薬局）

薬局	名 称	健福調剤薬局 二の丸店 ※必ず正式名称を記入			
	所 在 地	愛知市二の丸町1丁目1番地2 〒460-8501 TEL(123)456-7890			
開設者	住 所	愛知市三の丸5丁目2-1 〒460-8601 TEL(987)654-3210			
	氏名又は名称	株式会社健康福祉 代表取締役 愛知 太郎			
	生年月日	※個人開設の場合記入	職名	※個人開設の場合記入	
保険薬局の指定年月日等		医療機関 番 号	2323232	指 定 期間始	平成28年12月1日
主として 担当する 薬剤師	氏名	愛知 次郎			
	略歴	別紙様式14のとおり			
調剤のために必要な設備 及び施設の概要		別紙様式15のとおり			
<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条の1の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）（薬局）として指定されたく申請する。</p> <p>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）の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p style="text-align: right;">令和3年1月4日</p> <p style="text-align: center;">愛知県知事 殿</p>					
<p>薬局の開設者の名称等を記入してください。 ※店舗ではありません。</p>		開設者	所在地	愛知市三の丸5丁目2-1	
		名称	株式会社健康福祉		
		代表者	代表取締役 愛知 太郎		

東海北陸厚生局長から通知される7桁の保険薬局コードを記入してください。

※ 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、2箇所の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

別紙様式14

主として担当する薬剤師の経歴書

学位	学士	ふりがな 氏名	あいち じろう 愛知 次郎	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月〇〇日
現住所		愛知市〇〇……			
最終学歴		△△大学 薬学部 薬学科 (昭和〇〇年〇月〇日卒業)			
主なる職歴		<p>昭和〇年〇月〇日 株式会社〇〇入社 同年〇月〇日～〇〇店勤務 (薬剤師) 平成〇年〇月〇日～〇〇店勤務 (管理薬剤師) 〇年〇月〇日 株式会社〇〇退社</p> <p>平成〇年〇月〇日 △△株式会社入社 同年〇月〇日～△△店勤務 (管理薬剤師) 〇年〇月〇日 △△株式会社入社</p> <p>令和〇年〇月〇日 株式会社健康福祉入社 同年〇月〇日 健福調剤薬局 二の丸店勤務 (管理薬剤師)</p> <p style="text-align: right;">現在に至る</p>			

学位がない場合は、「無」と記入してください。

必ず管理薬剤師経験を記入してください。

(備考) 薬剤師免許証の写しを添付すること。

別紙様式15

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造	木造	調剤室の面積	25.45m ²
主なる設備	品目	品目	
	自動分包機 2台 電子天秤 1台 レセプト用PC 1台		

- (備考) 1 構造設備概要仕様書及び薬局の見取図を添付すること。
 2 主なる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和36年2月厚生省令第2号）に掲げる以外のものがある場合にのみ、その主なるものを記載すること。

その他添付書類：

1. 薬局の構造設備概要仕様書の写し

※「冷暗貯蔵設備の概要図」や「かぎのかかる貯蔵設備の概要図」を別紙添付とした場合、別紙も添付し、提出してください。

2. 薬局の見取図

薬局の全域、調剤室及び待合室が分かる平面図を提出してください。

また、身体障害に配慮した設備等（スロープ、車いす通行可等）があれば、平面図に記入してください。

3. 薬局開設許可証の写し

4. 主として担当する薬剤師の薬剤師免許証の写し

5. 東海北陸厚生局長の保険薬局指定通知書の写し（現に自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を受けている薬局において、開設者変更等により保険薬局として廃止後遡及指定された場合のみ。）