

記入例

様式第16号（第16条関係）

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	ふりがな	〇〇〇〇やっきょく		
	名称	〇〇〇〇薬局		
		【開設日 平成〇〇年〇〇月〇〇日】		
	薬局コード	△	△	△
開設者	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま市〇〇区〇〇1-1-1 連絡先〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま市〇〇区〇〇2-2-2 連絡先〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	ふりがな	うらわ たろう		
	氏名又は名称	浦 和 太 郎		
薬剤師の氏名	大 宮 一 郎	略 歴	別紙12	
調剤のために必要な設備及び施設の概要			別紙13	
<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（平成17年法律第123号）の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定を受けたいので申請します。</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">医療機関の開設者</p> <p style="text-align: right;">住 所 さいたま市〇〇区〇〇2-2-2</p> <p style="text-align: right;">氏 名 浦和 太郎</p> <p>（あて先）さいたま市長</p>				

注意（1）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、指定を希望する医療部分に○をつけること。

（2）申請に必要な書類を添付すること。

大学院で修士や博士の学位を取得された方のみ『有』と記載し、取得した学位を記載してください。

別紙1 (薬局)

経 歴 書 (薬剤師)

学 位	無	ふりがな	おおみや いちろう	生年月日	昭和〇〇年 〇月〇日
		氏 名	大宮 一郎		
現住所	さいたま市浦和区常盤 6-4-4				
最終学歴	△△大学 薬学部薬学科 卒業				
主 な 職 歴					
年月日	勤務先名称		職務内容等		
昭和 59 年 3 月〇日	上記大学卒業				
昭 59 年 4 月 1 日	〇〇製薬(株)総合研究所勤務		〇〇業務		
平成 8 年 12 月〇日	△△薬品さいたま支店勤務		〇〇業務		
平成 10 年 4 月〇日	〇〇〇〇薬局勤務		薬剤師・調剤経験有り		
平成 13 年 4 月〇日	〇△〇〇薬局勤務(指定)		管理薬剤師・調剤経験有り		
平成 18 年 4 月〇日	〇〇□〇薬局勤務		管理薬剤師・調剤経験有り		

過去に管理薬剤師として勤務していた場合は、「**管理薬剤師**」とご記入ください。

調剤経験がある場合は、「**調剤経験有り**」とご記入ください。

「勤務先(薬局)名称」のほか、過去の勤務先(薬局)について、指定自立支援医療機関の指定薬局の場合は、「(指定)」と記入してください。※わかる範囲で結構です。

調剤を行うために必要な設備及び体制の概要

調剤室の構造	木造 2F	調剤室の面積	11.50 m ²
主要な設備	品 名	品 名	
	分包機 電子天秤 レセプトコンピュータ 薬袋発行プリンタ 調剤台 1 式		
体 制	職 員	職 員	
	常勤薬剤師 5 名 非常勤薬剤師 6 名		

注意 1 薬局の見取図を添付すること。

2 主な設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げるもの以外のものがある場合のみ、その主なものを記載すること。

複数の医療機関からの処方箋をうけていることの届出

主な医療機関名及び所在地（略式不可）		1ヶ月平均の処方箋の受付枚数	全体に対する割合
医療機関名	〇〇〇総合病院	1,800 枚	90%
所在地	さいたま市浦和区～		
医療機関名	〇〇〇医院	150 枚	7.5%
所在地	さいたま市浦和区～		
医療機関名	×××クリニック	30 枚	1.5%
所在地	さいたま市浦和区～		
医療機関名	〇〇〇病院	15 枚	0.75%
所在地	さいたま市浦和区～		
医療機関名	△△△病院	5 枚	0.25%
所在地	さいたま市浦和区～		
医療機関名		枚	%
医療機関名		枚	%

1箇所以上の自立支援医療機関の記載が必要です。

直近の1ヶ月の受付枚数でも結構です。

以上、複数の医療機関からの処方箋を受けていることを届出ます。

医療機関の開設者

住 所 さいたま市〇〇区〇〇2-2-2
氏 名 浦和 太郎