（薬局の場合）

年　　月　　日

青森県知事　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局の名称

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

指定医療機関指定申請書

　指定医療機関の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第１４条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

　なお、申請に当たり、同条第２項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬局 | 名　称 |  | |
| 所在地 | 〒 | |
| 電話番号 |  | |
| 保険薬局に係る  薬局コード |  | |
| 開設者 | 住所又は所在地（※） | 〒 | |
| 職名及び氏名又は名称  （※） |  | |
| 生年月日（個人の場合） |  | |
| 役員の職名及び氏名（法人の場合） | 職　　名 | 氏　　　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注１　「役員の職名及び氏名」については、記載欄が不足する場合は別紙とすること。

２　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４縦長とする。

※の欄は、開設者が法人の場合には「法人の所在地」及び「法人の名称」を記載すること。

（法人の理事長等の住所・氏名としないこと。）