

青森県知事 殿

薬局の名称
 申請者
 開設者氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

指定医療機関指定更新申請書 (薬局の場合)

指定医療機関の指定の更新を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第15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、同法第14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。)