

(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 (法人にあつては、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。)