(その2)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 | 　 |

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

　指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を受けたいので、児童福祉法第19条の9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 | 〒 |
| 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。