

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 令和〇〇年〇〇月〇〇日】						
	薬局コード	△	△	△	△	△	△	△
	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 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
開設者	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 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
	ふりがな	かぶしきがいしゃ〇〇〇 だいひょうとりしまりやく うらわ たろう						
	氏名又は名称	株式会社〇〇〇 代表取締役 浦和 太郎						
薬剤師の氏名	大宮 一郎				略歴	別紙11		
調剤のために必要な設備及び施設の概要						別紙12		
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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 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 株式会社〇〇〇 代表取締役 浦和 太郎 (あて先) さいたま市長								

- 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「(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。

※和暦での作成をお願いしております

別紙 1 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				
主たる職歴					
年月日	勤務先名称		職務内容等		
平成15年 3月〇日	上記大学卒業				
平成15年 4月1日	〇〇薬局株式会社 〇〇支店勤務		接客業務・調剤補助業務 (免許取得後、薬剤師・調剤経験あり)		
平成15年 5月〇日	薬剤師免許取得				
平成20年 12月〇日	△△薬品△△支店勤務		〇〇業務		
平成25年 2月〇日	××薬局××店勤務(指定)		薬剤師・調剤経験あり		
平成31年 4月〇日	××薬局××店勤務(指定)		管理薬剤師・調剤経験あり		
令和4年 6月〇日	●●薬局●●店勤務(指定)		管理薬剤師・調剤経験あり		

[添付資料] 薬剤師免許証の写し

※和暦での作成をお願いしております

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2階	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 3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。

※和暦での作成をお願いしております

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	〇〇市立病院	300 枚	20 %
所在地	〇〇市〇〇区〇〇1111-1		
医療機関名	医療法人△△会 △△医療センター	250 枚	16.7 %
所在地	△△市△△区△△2222-2		
医療機関名	医療法人財団××会 ××病院	200 枚	13.3 %
所在地	××市××区××1-2-3		
医療機関名	〇〇県立〇〇センター	150 枚	10 %
所在地	〇〇市〇〇区〇〇4-5-6		
医療機関名	医療法人社団△△会 △△クリニック	100 枚	6.7 %
所在地	△△市△△区△△78-9 △△ビル2階		
医療機関名	医療法人社団××会 ××医院	50 枚	3.3 %
所在地	××市××区××1000		
医療機関名	その他の医療機関	450 枚	30 %
所在地			

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 株式会社〇〇〇 代表取締役 浦和 太郎

※和暦での作成をお願いしております