（薬局用）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）　指定更新申請書　送付票（２）

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | |
| 所在地：  名称：  代表者職氏名： |  |

　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に規定する指定自立支援医療機関（薬局）に係る指定更新の申請に当たり、次の一覧に記載されている書類を送付します。

　なお、この指定更新申請の対象となる医療機関について、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第６４条第１項に定める変更の届出については、次のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 指定申請（指定更新）時の内容に変更がありましたが、届出済です。 |
|  | 指定申請（指定更新）時の内容に変更はありません。 |
|  | 今回の指定更新申請と併せて変更がありますが、変更届は別途提出しています。 |
| （いずれかに〇を記入してください。） | |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関：  医療機関種別：  記入者氏名：  連絡先電話番号： |  |