

年 月 日

長 崎 県 知 事 様

開設者の住所

氏 名

指定医療機関指定申請書

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律(平成6年法律第117号。以下「法」という。)第12条第1項の規定による医療機関の指定を受けたく、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令(平成7年政令第26号)第11条第1項並びに第22条第1項及び第2項の規定により次のとおり申請します。

なお、指定の上は、法の定めるところにより医療を担当します。

1. 指定薬局の名称及び所在地

名 称

所 在 地 〒

連 絡 先 () -

2. 開設者の氏名(名称)及び所在地

氏名(名称)

所 在 地

3.調剤を主として担当する薬剤師の氏名及び略歴
別紙のとおり

4.調剤を行うために必要な設備等の概要

薬剤師数 人

その他の従業者数 人

(イ)敷地面積 m²

(ウ)平面図 別紙のとおり

(エ)敷地周囲の見取図 別紙のとおり

(オ)建物の構造及び概要

5.開設許可証の写し 別紙のとおり

6.指定希望日の有無 無 有(年 月 日希望)

7.この申請に関する実務を行う担当者及び連絡先(問い合わせ先)

担当者名:

役職及び所属:

電話番号: