

年 月 日

三重県知事 様

開設者の住所

氏名（名称）

印

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 薬局の名称及び所在地

名 称

所在地

2 開設者の住所及び氏名又は名称

住 所

氏 名

3 調剤のために必要な設備及び施設の概要

別紙のとおり

4 指定希望日の有無* 無 ・ 有 （ 年 月 日）

添付資料

- ① 薬局の構造設備の概要及び薬局の平面図
- ② 保険薬局指定通知書又は開設許可証の写し

*指定日の希望がある場合には、「有」を○で囲み希望年月日を記載すること。