

自立支援医療機関（更生医療・育成医療、精神通院医療）指導監査 調査票

医療機関番号	
--------	--

医療機関	名称	〇〇薬局
	住所	〒〇〇〇-△△△△ 静岡県〇〇市（町）△△ □□-□□
	電話番号	
	FAX 番号	
開設者	名称	
	住所	
	電話番号	
	FAX 番号	

担当する医療	
更生医療・育成医療を 主として担当する薬剤師	
精神通院医療を 主として担当する薬剤師	

下記記入対象期間は、令和6年1月1日から令和6年12月31日の1年間です。

1 自立支援医療の利用者数

自立支援医療利用した実人数		人
うち、更生医療・育成医療を利用した実人数		人
うち、精神通院医療を利用した実人数		人

2 主として担当する医師等について

経験年数（記入日時点）		年
-------------	--	---

※1年未満の経験年数は切り捨てて記入（5年11ヶ月の場合は、「5」と記入。）

常勤・非常勤の別（該当する方に○をしてください）	常勤／非常勤
--------------------------	--------

上記の記載事項は、事実と相違ありませんので、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66条の規定に基づき報告します。

令和 年 月 日

医療機関の開設者
住 所
（電話番号）

氏 名