

記入例

様式第2号の7（第2条の8、第2条の9関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

静岡県指定小児慢性特定疾病医療機関番号（更新の場合のみ記入してください。）

Table with 10 columns containing digits and asterisks: 2 2 2 0 0 0 ※ ※ ※ ※

指定小児慢性特定疾病医療機関指定（指定更新）申請書（薬局）

Application form with sections for '保険薬局' (Insurance Pharmacy) and '開設者' (Operator). Includes fields for code, name, address, contact info, and a declaration section with checkboxes and a date field.

R3.4.1以降 押印不要



(注)

- 1 「保険薬局」の「名称」記載欄には、正式名称を記入してください。
2 申請種別に応じて日の中に点を付してください。

**記入例**

(別紙)

個人で開設している場合は記入不要

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ **株式会社△△△** ）

氏 名	職 名
静岡 太郎	代表取締役
静岡 次郎	取締役
静岡 三郎	取締役
静岡 四郎	監査役