

申請書 記入例(居宅療養管理指導の場合)

付表第一号 (五) 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号	999999999999									
	フリガナ	ヤマグチヨルルヤッキョク									
	名 称	山口ちよるる薬局									
	所在地	(郵便番号 753 - 0000) 山口 都 道 府 県 山口 市 区 西町0-0									
	連絡先	電話番号	083-933-0000 (内線)				FAX番号	083-933-0000			
	Email	dayyamaguchikaigo@0000000									
事業所種別		☐ 病院 ☐ 診療所 ☒ 薬局									
居宅療養管理指導の種類		☐ 医師又は歯科医師 ☒ 薬剤師 ☐ 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師 ☐ 管理栄養士									
管理者	フリガナ	ヤマグチ イチコ				住所	(郵便番号 753 - 0000)				
	氏 名	山口 一子					山口県山口市東町0-0				
	生年月日	昭和00年 0月 0日									
利用者の推定数		10 人									
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士		管理栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常 勤(人)					3				
		非常勤(人)					1				
添付書類		別添のとおり									

- 備考 1 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所若しくは保険薬局が行うものについては、法第 71 条第 1 項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
- 2 「従業者の職種・員数」欄の「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。