

## 保険医療機関・保険薬局指定申請書 添付書類（様式）

## 1 保険医・保険薬剤師の氏名等

氏名	登録記号番号	担当診療科	勤務形態
			常勤・非常勤

注1 病院・診療所にあっては、管理者を除く保険医の氏名等を記載すること。また、薬局にあっては、管理薬剤師を除く保険薬剤師の氏名等を記載すること。なお、氏名は戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いること。

注2 担当診療科が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記載すること。また、科目名の間を一文字空けて記載すること。

注3 勤務形態欄は、常勤又は非常勤のいずれかに○をつけること。

注4 欄が足りない場合は、上記の記載事項を記入したもの（様式はA4縦）を別紙として本様式に添えて提出すること。

## 2 1に掲げる者以外の医師、歯科医師及び薬剤師のそれぞれの数

医 师	歯 科 医 师	薬 剤 师
人 (うち常勤 人・非常勤 人)	人 (うち常勤 人・非常勤 人)	人 (うち常勤 人・非常勤 人)

## 3 看護師、准看護師及び看護補助者のそれぞれの数

看 護 師	准 看 護 師	看 護 补 助 者
人	人	人

注 病院又は療養病床を有する診療所のみ記載すること。

## 4 診療日（開局日）又は診療時間（開局時間）

診療又は開局時間	曜 日	時 間
		[ : ]～[ : ] [ : ]～[ : ]
		[ : ]～[ : ] [ : ]～[ : ]
		[ : ]～[ : ] [ : ]～[ : ]

  

休診日又は定休日	
----------	--