様式第７号（第７関係）

肝炎治療指定薬局申請書

年　　月　　日

広島県知事様

所在地（法人であるときは，主たる事務所の所在地）

〒　　　　－

電話番号（　　　　）

開設者氏名（法人であるときは，名称及び代表者の氏名）

|  |  |
| --- | --- |
| １　名称 |  |
| ２　医療機関等コード |  |
| ３　開設の場所 | 〒　　　　－電話番号（　　　　） |
| ４　保険薬局の指定　　年月日 |  |

※在宅自己注射が処方された患者に対する医薬品等の取扱い及び使用済みの注射針等の廃棄等については，患者に対し適切な指導を行い，又は自らも処理等を行うこと。