

様式第4号

年 月 日

福島市長 様

住 所

申請者

福島市在宅重度障がい者対策事業治療材料・衛生器材給付取扱者指定申請書

福島市在宅重度障がい者対策事業における治療材料・衛生器材給付券取扱者としての指定を受けたいので福島市重度障がい者対策事業実施要綱第9条の規定により、以下のとおり申請します。

(名 称) :

(所在地) :

(代表者名) :

(電話番号) :

(薬局開設許可証・医薬品販売業許可証の有効期間) : 年 月 日まで