県記入欄

高知家の薬局の認定番号	

様式第１号

年　　月　　日

高知県知事　様

申　　請　　者　　住　所
（薬局の開設者）

氏　名　　　　　　　　　　　印

（法人にあっては、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名）

事務手続担当者名：

高知家健康づくり支援薬局認定申請書

高知家健康づくり支援薬局認定制度実施要領第５の規定により申請します。

薬局情報	薬局の名称	
	薬局開設許可番号	
	薬局の所在地	〒
	電話及びFAX番号	電話：　　　　　　　　FAX：
	E-mailアドレス	

認定要件（内容を確認し、□に✓をつけること）

□　開店時間中は、高知家の薬剤師が１名以上勤務していること

高知家の薬剤師氏名	該当項目（下記のアからウで該当するものに○）		
	ア	イ	ウ

□　高知家健康づくり支援薬局認定制度実施要領及び別紙に定める事項を確認し、遵守すること

□　添付書類：高知家の薬剤師に関する書類
アの場合は研修修了証の写し
イの場合は認定薬剤師証の写し
ウの場合は研修受講記録の写し（写しを薬局の開設者が証明すること）

＜高知家の薬剤師＞　要領より抜粋

次のアからウのいずれかを満たす薬剤師とする。

ア　健康サポート薬局に係る研修修了者
イ　研修認定薬剤師
ウ　研修受講歴や勤続年数等を勘案して、知事が認めた者

＜留意事項＞

１．申請薬局において勤務する可能性がある高知家の薬剤師の氏名をすべて記入すること
２．高知家の薬剤師氏名が書ききれない場合は、上記内容と同様の項目を記載した別紙を作成して添付すること