（様式第１号）

「北海道健康づくり支援薬局」認定（新規）申請書

　　　　年　　月　　日

一般社団法人　北海道薬剤師会

会　長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　申請者

（保険薬局コード）

（薬 局 所 在 地）

（薬 局 名 称）

（開 設 者 氏 名）

㊞

（管理薬剤師氏名）

（連絡先電話番号）

　北海道及び北海道薬剤師会が認定する「北海道健康づくり支援薬局」の認定を受けたいので、次の書類を添えて申請します。

記

添付書類

１．在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導の実績証明書

　　（既に居宅の実績のある薬局の証明には、国保連合会から薬局に通知される「介護給　　　　付費等支払決定額内訳書」の宛名部分の写しの提出で可）

２．健康情報拠点推進事業参加証明書もしくは健康サポート薬局研修会受講証明書

３．「北海道健康づくり在宅薬局」施設基準確認表（様式第２号）

（確認項目に確認し、必要書類を添付すること。）