（様式第４号）

「北海道健康づくり支援薬局」申請変更届

　　　　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」の申請について、次の事項について変更したので届出します。

記

１．薬局の名称：

２．薬局の住所・連絡先：

３．薬局の開設者：

４．薬局の管理薬剤師：