

(様式第5号)

「北海道健康づくり支援薬局」認定廃止・辞退届

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)

印

(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」の認定を次の理由により辞退したいので申請します。

記

1. 薬局の廃止

2. 認定の辞退