

(様式第6号)

「北海道健康づくり支援薬局」認定プレート再交付申請書

平成 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」の認定プレートについて、次の理由により再交付を受けたいので、定められた手数料を添えて申請します。

記

1. 認定プレートの破損

2. 認定プレートの紛失