

(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)

印

(管理薬剤師氏名)

(連絡先電話番号)

(連絡先メールアドレス)

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受講証明書

3. 「北海道健康づくり支援薬局」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。)

※健康サポート薬局の場合は、その旨を証明する書類のみで可