

(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)

⑩

(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