

高知県知事 様

申請者 住所
(薬局の開設者)

氏名 印

(法人にあつては、主たる事業所の
所在地、名称及び代表者の氏名)

事務手続担当者名：

高知家健康づくり支援薬局変更届

高知家健康づくり支援薬局認定制度実施要領第10の規定により届け出ます。

薬局情報	薬局の名称			
	高知家の薬局の認定番号			
	薬局の所在地	〒		
	電話及びFAX番号	電話：	FAX：	
	E-mailアドレス			
変更内容 (内容を確認し、 □に✓をつけること)	変更事項			
	<input type="checkbox"/> 高知家の薬剤師を追加する場合は以下を記載			
	高知家の薬剤師氏名 (追加する者)	該当項目 (下記のアからウで該当するものに○)		
		ア	イ	ウ
<input type="checkbox"/> 高知家の薬剤師を削除する場合は以下を記載				
高知家の薬剤師氏名 (削除する者)	理由			
<input type="checkbox"/> その他				
	変更前	変更後		
備考				

(裏面)

＜高知家の薬剤師＞ 要領より抜粋

次のアからウのいずれかを満たす薬剤師とする。

ア 健康サポート薬局に係る研修修了者

イ 研修認定薬剤師

ウ 研修受講歴や勤続年数等を勘案して、知事が認めた者

＜添付書類＞

1. 薬局の名称や薬局の所在地が変更となる場合は、高知家健康づくり支援薬局認定証を添付すること
2. 高知家の薬剤師氏名が書ききれない場合は、上記内容と同様の項目を記載した別紙を作成して添付すること
3. 追加する高知家の薬剤師の該当項目がアの場合は研修修了証の写し、イの場合は認定薬剤師証の写しを添付すること。また、ウの場合は、研修受講記録の写し（写しを薬局の開設者が証明すること）を添付すること