様式１

「浜松市国保糖尿病性腎症重症化予防プログラム対応薬局」申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 | TEL：　　　　　　　　　　　　FAX： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定する研修会を受講した常勤の薬剤師名 | | | |
|  | |  | |
| 指定する  研修会 | 開催日 | 指定する  研修会 | 開催日 |
| 第　　回 | 月　　日 | 第　　回 | 月　　日 |

保健指導、相談の可能な曜日、時間

|  |  |
| --- | --- |
| 曜日　　時間 | (例　月～金13～15時、18～19時　　土13～15時) |

上記により、認定申請します。

令和 　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

提出先：一般社団法人浜松市薬剤師会　事務局