様式１

浜松市認定在宅医療・介護対応薬局申請書

薬局の名称	
薬局の所在地	TEL：　　FAX：

指定する研修会・交流会を受講した常勤の薬剤師名			
指定する 研修会・交流会	開催日	指定する 研修会・交流会	開催日
第１回	月　　日	第１回	月　　日
第２回	月　　日	第２回	月　　日
第３回	月　　日	第３回	月　　日

多職種連携研修会等			
開催日	主催、場所、内容	開催日	主催、場所、内容
月　日		月　日	

上記により、認定申請します。

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）

（あて先）浜松市長　殿

提出先：一般社団法人浜松市薬剤師会　事務局