

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	〇〇薬局
薬局の所在地	浜松市中区鴨江〇丁目〇番〇号 TEL : 053-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX : 053-〇〇〇-〇〇〇〇

指定する研修会・交流会を受講した常勤の薬剤師名			
浜薬 太郎		浜薬 花子	
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	〇月〇日	第1回	〇月〇日
第2回	〇月〇日	第2回	〇月〇日
第3回	〇月〇日	第3回	〇月〇日

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	

多職種連携研修会等の開催日や詳細は浜松市ホームページの「浜松市認定在宅医療・介護対応薬局」認定事業についてをご参照ください。

上記により、認定申請します。

提出日を記載する

年 〇月 〇日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

浜松市中区鴨江〇丁目〇番〇号

開設者の住所・氏名を
記載する

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社 〇〇薬局

代表取締役 浜薬 太郎

（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