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　　回 | 月　　日 | 第　　回 | 月　　日 |
| 第　　回 | 月　　日 | 第　　回 | 月　　日 |
| 第　　回 | 月　　日 | 第　　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