

(様式第4号)

「北海道健康づくり支援薬局」申請変更届

年 月 日

一般社団法人 北海道薬剤師会
会 長 様

申請者

(保険薬局コード)

(薬局所在地)

(薬局名称)

(開設者氏名)

印

(管理薬剤師氏名)

(連絡先電話番号)

北海道及び北海道薬剤師会が認定する「北海道健康づくり支援薬局」の申請について、次の事項について変更したので届出します。

記

1. 薬局の名称：
2. 薬局の住所・連絡先：
3. 薬局の開設者：
4. 薬局の管理薬剤師：