（様式第５号）

「北海道健康づくり支援薬局」認定廃止・辞退届

　　　　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）

　㊞

（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」の認定を次の理由により辞退したいので申請します。

記

１．薬局の廃止

２．認定の辞退