（様式第６号）

「北海道健康づくり支援薬局」認定プレート再交付申請書

　　　　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」の認定プレートについて、次の理由により再交付を受けたいので、定められた手数料を添えて申請します。

記

１．認定プレートの破損

２．認定プレートの紛失