様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

高知市長　様

申請者　住所
名称
代表者職・氏名

ほおっちょけん相談窓口認定申請書

ほおっちょけん相談窓口の認定を受けたいので，ほおっちょけん相談窓口認定制度実施要領第４条の規定により申請します。

事業所等の名称	
所在地	〒 高知市
電話及びFAX番号	電話：　　FAX：
メールアドレス	
認定要件	（内容を確認し，□にレ点をつけること） □　ほおっちょけん相談窓口認定制度実施要領第１条に掲げる趣旨・目的に賛同し，第３条の要件を満たします。
責任者氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）／職名	（　　）／
開設時間	

＜留意事項＞

・薬局を開設している個人事業主若しくは法人の代表者，又は事業所を有する社会福祉法人の代表者が，窓口を開設する薬局又は事業所ごとに提出すること。