様式第１号（第４条関係）

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　高知市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

申請者　　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。