

記載例

様式第1号（第4条関係）

令和4年 ○月 ×日

高知市長 様

申請者

住所 高知市○町 00-00
名称 (株)○○薬局
代表者職・氏名 薬剤師 高知太郎

「申請者」欄には事業所名ではなく
法人名をお願いします。

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	○○薬局
所在地	〒780-0000 高知市○町 00-00
電話及びFAX番号	電話：088-800-0000 FAX：088-800-0001
メールアドレス	xxxxxxxx@xxxxxx.xxx
認定要件	(内容を確認し、□にレ点をつけること) <input checked="" type="checkbox"/> 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（フリガナ） ／職名	高知 太郎（コウチ タロウ）／薬剤師
開設時間	8:30～17:00

<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。