様式第７号

年　　月　　日

　山口県知事　様

報告者　住所

　　　　氏名

**山口県健康エキスパート薬剤師　取組結果報告**

山口県健康エキスパート薬剤師登録要綱第１３条の規定に基づき、　　年度の取組結果について下記のとおり報告します。

記

○県が認める研修の受講

・健康サポート薬局研修修了証を持つ薬剤師　　　　□５時間受講した

・知事が認める者　　　　　　　　　　　　　　　　□１５時間受講した

○統一健康サポート研修の受講　　　　　　　　　　　□受講した

○地域で実地に取り組んだ健康サポート内容

□　禁煙サポート　　　　　□　健康食品・サプリメントサポート

□　運動・体操サポート　　□　生活衛生・環境衛生サポート

□　妊産婦サポート　　　　□　熱中症予防サポート

□　口腔サポート　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　）