

年 月 日

山口県知事 様

申請者 住所

氏名

## 山口県健康エキスパート薬剤師 登録申請

山口県健康エキスパート薬剤師登録要綱（以下「要綱」という。）第 5 条の規定に基づく登録を申請します。

なお、申請に当たって、下記事項の公表について同意します。

## 記

○登録要件 ※該当する項目に✓をつけること	<input type="checkbox"/> 要綱第 4 条（1）
	<input type="checkbox"/> 要綱第 4 条（2）

○勤務先 ※主たる勤務先のみ記入	名 称	:
	薬 局 等 許 可 番 号	:
	※医薬品関係の許可を受けている場合のみ	
	所 在 地	:
	電 話 番 号	:
	F A X 番 号	:
	E-mail アドレス	:

○主に取り組む健康サポート	<input type="checkbox"/> 禁煙サポート	<input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメントサポート
	<input type="checkbox"/> 運動・体操サポート	<input type="checkbox"/> 生活衛生・環境衛生サポート
	<input type="checkbox"/> 妊産婦サポート	<input type="checkbox"/> 熱中症予防サポート
	<input type="checkbox"/> 口腔サポート	<input type="checkbox"/> 健康教育
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

○以下の事項について確認及び了解の上、✓をつけてください

☐ 次のことに取り組みます

- （1）県民の健康維持・増進のために健康サポートの取組を行います
- （2）安心・安全な薬の使用のための支援を行います
- （3）関係機関と連携します
- （4）休日・夜間対応及び在宅医療対応に努めます

## 【添付書類】

・登録要件に該当していることがわかる書類