

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 | <input type="checkbox"/> 5時間受講した |
| ・知事が認める者 | <input type="checkbox"/> 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

- | | |
|--|--|
| <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（ ） | |