様式第１号

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 | □　要綱第４条（１） |
| ※該当する項目に✓をつけること | □　要綱第４条（２）　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ○勤務先 | 名称 | ： |
| ※主たる勤務先のみ記入 | 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 | ： |
| ＦＡＸ番号 | ： |
| E-mailアドレス | ： |

|  |  |
| --- | --- |
| ○主に取り組む健康サポート | □　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□　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