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 |
| ○地域で実地に行う健康サポート | □参加した　主な活動　・　・　・　 |

【添付書類】

・研修受講済がわかる書類

・提出済みの健康サポート薬局研修修了証に変更等があった場合、当該修了証