

# 健康サポート薬局情報報告用紙

年 月 日

ご担当者様

所属薬剤師会

フリガナ 薬局名	
住所	〒
電話番号	— —
FAX	— —
メールアドレス	
ホームページURL	
健康サポート薬局 届出年月日	年 月 日
「ステッカー」希望の有無	希望する ・ 希望しない
福岡県薬ホームページへの掲載について	掲載する ・ 掲載しない

ご記入いただき、福岡県薬剤師会へ FAX でご送信ください。

(FAX:092-281-4104)

健康サポート薬局の届出をされた会員

薬局はぜひお知らせください。

(R1.05)