

記載例

様式第1号（第4条関係）

令和6年 11月 15日

高知市長 様

申請者欄には事業所名ではなく法人名をお願いします。

申請者

住所 高知市A町12-34
名称 株式会社〇〇薬局
代表者職・氏名 代表取締役 高知太郎

ほおっちょけん相談窓口認定申請書

ほおっちょけん相談窓口の認定を受けたいので、ほおっちょけん相談窓口認定制度実施要領第4条第1項の規定により申請します。

事業所ごとに作成，提出をお願いします。

事業所の名称	〇〇薬局
所在地	〒780-0000 高知市A町12-34
電話及びFAX番号	電話：088-888-8888 FAX：088-888-8888
メールアドレス	XXXXXXXXXX@XXXX.XXX
認定要件	(内容を確認し，□にレ点をつけること) <input checked="" type="checkbox"/> ほおっちょけん相談窓口認定制度実施要領第3条の要件を満たし，第4条第2項の要件を遵守します。
責任者氏名（フリガナ） ／職名	高知 太郎 （ コウチ タロウ ） ／ 管理薬剤師
開設時間	平日8:30~17:00 土日祝休み

<留意事項>

- ・高知市内に窓口を設置しようとする事業所を有する個人事業主又は法人の代表者が，窓口を設置する事業所ごとに提出すること。
- ・事業所の名称，所在地，電話番号，開設時間は市の広報物に掲載する。

記載例

様式第3号（第8条関係）

年 月 日

高知市長 様

住所
届出者 名称
代表者職・氏名

ほおっちょけん相談窓口変更届

年 月 日に認定申請を行ったほおっちょけん相談窓口の内容について変更があったので、ほおっちょけん相談窓口認定制度実施要領第8条の規定により以下のとおり届け出いたします。

事業所の名称		
変更事項 (該当するものに○)	事業所の名称 ・ 所在地 ・ 電話番号 ・ FAX 番号 ・ 責任者氏名及び職名 ・ 開設時間	
変更内容	変更前	変更後
変更事由発生日		