

(様式第 1 号)

徳島県ジェネリック医薬品推奨薬局認証申請書

申請日 年 月 日

徳島県知事 殿

申請者住所
申 請 者 名
(代表者氏名)

徳島県ジェネリック医薬品適正使用促進に関する認証登録制度要綱第 3 条第 1 号の規定により，次のとおり申請します。

- 1 申請を行う認証条件
- 2 施設概要
 (施設名)
 (住所)
 (管理薬剤師名)
 (連絡先)
- 3 後発医薬品調剤体制加算，使用割合及び根拠書類（届出の写し等）
- 4 ジェネリック医薬品に関する研修事項及び実施記録
 (ジェネリック医薬品の研修であることが明記されたもの)
- 5 かかりつけ薬剤師の有無及び根拠書類（届出の写し等）
- 6 健康サポート薬局の有無及び根拠書類（届出の写し等）