平成　　年　　月　　日

一般社団法人藤沢市薬剤師会

会長　様

申請者氏名

自宅住所（〒　　　）

自宅電話番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

薬局名

藤沢市薬剤師会地域活動証明書　申請用紙

　私は、下記に於いて藤沢市民の健康管理及び増進に係る啓発活動に貢献しましたので、証明書の発行を申請します。

なお、下記内容については、事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 活　動　内　容 |  |
| 活動日時・時間 | 平成　　年　　月　　日・　　　　　　～ |
| 活　動　場　所 |  |
| 対象者　・参加人数　等 |  |
| 会　員　区　分 | 　　第Ⅰ種会員　　　・　　　店舗協力会員 |

薬事センター使用欄

「藤沢市薬剤師会地域活動証明書」発行日　　　平成　　年　　月　　日