「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」

参　加　辞　退　届

令和　　　年　　　月　　　日

薬 局 名：

担当者名：

電話番号：

○　参加を辞退する事業（参加を辞退する事業にチェックをつけてください）

　□　薬剤師のおためし訪問事業

　□　残薬整理事業

　　※　どちらにもチェックがない場合、両方の事業を参加辞退と受け取ります。

福島県の委託を受けて福島県薬剤師会が実施する「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」の実施にあたり、事業に参加することが困難であることから、参加を辞退します。

　なお、参加辞退にあたりましては、下記の内容を承諾いたします。

記

○　福島県薬剤師会ホームページ等により、参加辞退薬局の周知を行うことを了承します。

○　多職種等から「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」の依頼があった場合には、所属する地域薬剤師会に相談するように促します。

○　当薬局をかかりつけとする患者がおためし訪問を希望した場合、他の薬局の薬剤師が代わりに訪問することを了承します。（結果、他の薬局をかかりつけ薬局とすることになっても了承します。）

報告先：県薬事務局FAX.０２４－５４９－２２０９