

第1号様式

## 名古屋市薬局DOTS事業受託承諾書

年 月 日

名古屋市長 宛

所在地 \_\_\_\_\_

薬局名 \_\_\_\_\_

開設者 \_\_\_\_\_

担当薬剤師名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

名古屋市薬局DOTS事業業務委託仕様書の内容を承知した上で、名古屋市薬局DOTS事業の支援薬局になることを承諾します。

なお、患者の服薬支援を行う際は、薬剤師法、健康保険法、名古屋市個人情報保護条例等関連法令に規定された事項を遵守します。