様式第五の四（三）（第十条の五関係）
認定番号

健康増進支援薬局認定証

氏名（法人にあつては、名称）
薬局の名称
薬局の所在地

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第６条の４第１項の規定により健康増進支援薬局の認定を受けた薬局であることを証明する。

年　　月　　日

都道府県知事　　印

有効期間　　年　　月　　日から
　　年　　月　　日まで