

**ポイント事業に御協力いただける薬局**は、こちらの様式により御提出ください。

宛て先： 広島市健康福祉局高齢福祉部高齢福祉課  
TEL 082-504-2143  
FAX番号 082-504-2136  
e-mail: korei@city.hiroshima.lg.jp

### 広島市高齢者いきいき活動ポイント事業の実施に伴う通知の持参・提示等の際のスタンプ押印協力について

1～3の該当する項目(登録を希望する項目)について、□欄にレ点を付けて、本様式をEメールまたはFAXにて御提出ください(※1)。なお、既に本市に登録いただいている薬局で、登録項目の追加を御希望の場合は、追加する項目だけでなく、既に登録いただいている項目にも、レ点を付けてください。

※1 下記1～3にチェックして御回答いただいた場合、ポイント事業で使用する押印用スタンプを送付させていただきます。なお、複数チェックしていただいた場合でも、スタンプの送付は1個です。送付時期は、本様式を御提出いただいた月の翌月末を予定しています。

#### 1 ポリファーマシー(重複多剤服薬)対策事業の実施について

- 「服薬情報を記載した通知(服薬情報のお知らせ)」を持参して薬剤師・医師に提示した高齢者にスタンプを押印することができる。

#### 2 薬局におけるボランティア活動について

- 清掃などのボランティアを行う高齢者を広く受け入れており、活動者にスタンプを押印することができる。

#### 3 薬局が主催する介護予防活動の実施について

- 高齢者が広く参加できる健康教室などの介護予防活動を主催しており、参加者にスタンプを押印することができる。

※ 介護保険サービスであるデイサービス事業は対象ではありません。

(以下の枠内の項目に記入をお願いします。)

※2 ホームページ等での公表について

- 同意する  同意しない

薬局名： \_\_\_\_\_

所在地：〒 \_\_\_\_\_

代表者名： \_\_\_\_\_

担当者名：(必須) \_\_\_\_\_

連絡先電話番号：(必須) \_\_\_\_\_

FAX番号： \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

※2 市HP等での公表に同意をいただける薬局については、薬局名、所在地及び電話番号を公表させていただきます。