

旧版(2016年度版) 會津お薬手帳申請書

年 月 日

会津薬薬連携協議会事務局 担当:木本 行

下記ご記入の上FAXにてご送信ください

FAX:0242-29-8500

會津お薬手帳 旧版(2016年度版) 250冊/箱 1箱希望	
代表者氏名	
医療機関名称	
医療機関住所	〒 —
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
ご要望	

会津薬薬連携協議会事務局よりご案内
※数に限りがありますので、先着順、1医療機関あたり1箱のみのご提供とさせていただきます。 ※會津お薬手帳はご記入頂きました医療機関へ4月中にお届け致します。 ※ご希望の日時がありましたらご要望欄にご記載ください。 ※ご希望に沿えない場合がございますので予めご了承くださいますようお願い申し上げます。