

調剤券請求用

令和 年 月 日

F A X 送信用紙

調剤薬局名

TEL - (担当:)

フリガナ 患者氏名	生年月日	診療した 医療機関名	調剤月日	調剤券の種類
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核
				・ 単独 ・ 併用 社保 結核

締切日（別紙調剤券発行日程を参照）の正午までに送信してください。

送信先 旭川市福祉保険部生活支援課医療介護係

F A X 0 1 6 6 - 2 6 - 7 6 5 4

※送信誤りに御注意ください。