

# お薬宅配サービス依頼書

下記の番号にFAXしてください。

FAX : 0567-55-9914

## 患者様記入欄

お名前： \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

宅配希望日時： \_\_\_\_\_ 年 月 日

(処方せん発行日より4日以内)

この依頼書と処方せんの合計2通をFAXしてください。

津島市愛宕町4丁目50-3

TEL : 0567-55-9913

FAX : 0567-55-9914

あたご調剤薬局