

お薬配達申込書

申込日 月 日

申込者氏名	ふりがな()										
患者様氏名	※申込者ご本人の場合は記入不要 ふりがな()										
配達先住所	〒 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ----- ※マンション名、ビル名もご記入願います。										
電話番号	()										
携帯電話番号	()										
電話可能時間帯											
備考欄	その他、留意事項などがございましたらご記入ください。										

上記の必要事項をすべてご記入いただき「なつめ薬局」までFAXでお送り下さい。
FAX受領後、「なつめ薬局」よりご確認のお電話を差し上げます。
その際、事前に服用されているお薬を確認させていただきます。
現在の服用内容のわかるもの（お薬手帳、お薬の説明書など）をご準備願います。

なつめ薬局



〒224-0032
横浜市都筑区茅ヶ崎中央30-16 アイビル1F
TEL:045-500-9172

FAX:045-500-9173