調 剤 券 発 行 連 絡 票

令和　　年　　月　　日

【送信先】呉市福祉事務所
FAX　0823-24-6813

【送信元】薬局名

指定調剤薬局名										
医療機関コード										

患 者 氏 名	住所(町・丁目まで)	診療月	処方箋発行医療機関名	備　考
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		
		月		

枚　送付のうち　　枚目

※番号は正確に，確実に送信してください。
※処方箋交付医療機関名は必ず記載して下さい。