

前橋市薬剤師会会営薬局無菌調剤室 利用申込書

(申込日) 年 月 日

前橋市薬剤師会会営薬局 薬局長 様

申込者	薬局名				
	所在地	〒			
		TEL	()	
		FAX	()	
申込責任者 (管理薬剤師)				印	
前橋市薬剤師会		会員	・	非会員	

利用者	薬剤師名			
	無菌調剤研修会 への 直近の受講歴	研修会名		
		研修会主催者		
		研修会受講日	年	月

無菌調剤室の利用希望の状況						決定欄
利用時間	第一希望	年	月	日	時 分 ~ 時 分	
	第二希望	年	月	日	時 分 ~ 時 分	
	第三希望	年	月	日	時 分 ~ 時 分	

処方内容						
------	--	--	--	--	--	--

(注意事項)

- * 本申込書に必要事項を記入の上、電話連絡の上FAXしてください。利用当日に原本を持参してください。
- * 1回の利用につき1枚の申込書でお申し込みください。
- * 処方内容は、処方箋のコピー添付でも構いません。(個人情報部分はマスキングしてください。)

前橋市薬剤師会会営薬局 TEL 027-223-8400
FAX 027-223-8401