

薬剤変更依頼書

薬局名 :

薬局 FAX :

薬局 TEL :

お薬は一般名称でなく、薬剤名で記載してください。

変更希望薬剤 :



変更後の薬剤候補 1 :

変更後の薬剤候補 2 :

変更後の薬剤候補 3 :

当院 FAX 078-881-0379