

## 合意締結申込書

記載日                      年                      月                      日

保険薬局名	
フリガナ	
保険薬局名	
住所	〒
TEL	
FAX	
メールアドレス	
フリガナ	
担当者名	

記載後 当院薬局にFAXしてください。

なお、FAX応需時間は、平日 9：00～16：30 となっております。

【お申し込み先】

三沢市立三沢病院 薬局

FAX：0176-50-1165