申込書

八戸市立市民病院の入院時持参薬セットに対応する薬局として申請します。

太枠内を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 保険薬局住所 |  |
| 保険薬局名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 確認項目 | チェック欄 |
| 「入院時持参薬セット作成指針」を確認しました。 | □　はい |

【提出方法】

以下のメールアドレス宛てに、メール添付で送付してください。

その他の方法（郵送・FAX等）では受付いたしません。

fujiiy@mx2.hospital.hachinohe.aomori.jp