

調 剤 券 連 絡 票

(宛先)松山市福祉事務所長

指定調剤薬局名

次の患者の調剤券をご送付下さい。

患者氏名	生年月日	住 所	処方箋交付医療機関名	区 分	交付年月日	備考	班	担当員	確認欄
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				
	MTSHR . .	町	病院 (医院)	外・歯	R . .				

- ①太線内に記入して下さい。
- ②区分欄は、「一般外来・歯科」の該当項目に○印を付けて下さい。
- ③交付年月日は処方箋に示された該当月の初回交付日を記載して下さい。

