**薬剤注文票**

○○○○○薬局　御中

TEL：○○○-○○○-○○○○

FAX：○○○-○○○-○○○○

注文日：○○年○○月○○日

発注者：総合病院土浦協同病院

院長　酒井　義法

TEL：029-830-3711

担当医：

患者氏名：○○○○様（ID○○○○○○○○）

患者住所：○○○○○○○○○○○○○○

電話番号：○○○－○○○－○○○○

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名 | 規格 | 発注数量 | 備考 |
| 注射用水バック「フソー」 | １Ｌ |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※請求方法

毎月１か月間に提供した薬剤の値段（公定価格）を合計して頂き、毎月10日頃までに土浦協同病院薬剤部まで郵送で請求書をお送りください。なお、振込先の口座番号も一緒に記載をお願いいたします。10日頃までに届いた請求書に関しては翌月末にお振込みいたします。間に合わない場合は翌々月末のお支払いとなる可能性がありますのでご了承ください。

**薬剤注文票**

○○○○○薬局　御中

TEL：○○○-○○○-○○○○

FAX：○○○-○○○-○○○○

注文日：○○年○○月○○日

発注者：総合病院土浦協同病院

院長　酒井　義法

TEL：029-830-3711

担当医：

患者氏名：○○○○様（ID○○○○○○○○）

患者住所：○○○○○○○○○○○○○○

電話番号：○○○－○○○－○○○○

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名 | 規格 | 発注数量 | 備考 |
| 注射用水バック「フソー」 | １Ｌ |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※請求方法

毎月１か月間に提供した薬剤の値段（公定価格）を合計して頂き、毎月10日頃までに土浦協同病院薬剤部まで郵送で請求書をお送りください。なお、振込先の口座番号も一緒に記載をお願いいたします。10日頃までに届いた請求書に関しては翌月末にお振込みいたします。間に合わない場合は翌々月末のお支払いとなる可能性がありますのでご了承ください。