

複数の医療機関からの処方箋を受けていることの届出書

主な医療機関名及び所在地 (略称不可)		1ヶ月平均 の処方箋の 受付枚数	全体に 対する 割合
医療機関名		枚	%
所在地			
医療機関名		枚	%
所在地			
医療機関名		枚	%
所在地			
医療機関名		枚	%
所在地			
医療機関名		枚	%
所在地			
医療機関名		枚	%
所在地			

以上、複数の医療機関からの処方箋を受けていることを届出ます。

(医療機関の開設者)

住所

氏名

印