

連 絡 票

令和 年 月 日

【送信先】 東海北陸厚生局 事務所 指導課

宛

【送信事項】 連絡先について

連 絡 先	保 険 薬 局 コ ー ド			
	保 険 薬 局 の 名 称			
	電 話 番 号		()	
	ど ち ら か 一 方	送付先電子メールアドレス	※ フリーメール（Gmail、Yahooメール、Outlookメールなど）の指定はご遠慮ください。	
		※記入誤りに注意	(メールアドレス宛先名)	
	送付先 F A X 番 号		()	
	連 絡 に 係 る 担 当 者 氏 名			
担 当 者 連 絡 先 (電 話 番 号)		()		

※1 当課からの送付日に連絡の取れる電子メールアドレス（電子メールにより対応できない場合はFAX番号）、電話番号を記載してください。送付日が薬局の休日にあたる場合は別途ご連絡ください。

※2 「保険薬局の概要」（別添1）、「調剤業務及び調剤報酬請求事務の流れ図」（別添2：任意様式でも可）と併せて、ご送付ください。