年　　　月　　　日

小郡市福祉事務所長　宛

（福祉課生活福祉係）　　　　　　　　　　指定薬局名

指定薬局コード

所　在　地

電話番号

**調剤開始連名簿**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 患者氏名及び生年月日 | 処方箋発行医療機関住所及び名称 | 当該月最初の調剤日 | 単独・併用区分 | 備考 |
| １ |  |  |  | 単・併 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| ２ |  |  |  | 単・併 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| ３ |  |  |  | 単・併 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| ４ |  |  |  | 単・併 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| ５ |  |  |  | 単・併 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| ６ |  |  |  | 単・併 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| ７ |  |  |  | 単・併 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| ８ |  |  |  | 単・併 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| ９ |  |  |  | 単・併 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| 10 |  |  |  | 単・併 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |

※毎月20日までに提出いただきますよう、

調剤券

請求件数　　合計　　　　　　　件

件

お願いいたします。