

疑義照会用紙(FAX送付票)

国民健康保険 小松市民病院 宛

FAX番号 0761-22-5230

電話番号 0761-22-7111(代)

送付年月日 年 月 日

保険薬局情報				
保険薬局名				
保険薬局所在地	小松市	・ 加賀市	・ 能美市	・ その他()
電話番号	-	-	-	-
FAX番号	-	-	-	-
薬剤師氏名				

【処方箋を添付してください】

疑義照会内容 (内容は、以下へ簡潔にご記入ください。処方箋と一緒にFAX送信してください。)

回 答

受付事務	回答職種	回答者	返信者
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他		