



FAX 番号 054-656-2515 (院内 FAX コーナー)

作成日 _____

薬剤管理サマリーについて (返書)

焼津市立総合病院

担当薬剤師： _____ 行

様の薬剤管理サマリーを受け取りました

特に有用であった事項、今後情報共有が必要と思われる事項などありましたらご記入ください。

不明点、報告などありましたらご記入ください。

※ 個人情報保護にかかる同意について、下記の項目いずれかをチェックしてください。
返信にあたっては、

患者の同意を得ています

施設内展示にて包括同意を得ています

貴施設名：

郵便番号：

住所：

電話番号：

担当薬剤師：