

訪看 ST 注文 → センター薬局 (金額・納品予定日記入) → 訪看 ST 確認 → 医療機関
 FAX FAX FAX

様式 4-① 医療機関請求分注文票

発注日 7/5

医療・衛生材料注文票 (医療機関請求分)

医療機関名 〇〇〇〇病院 医師名 〇〇〇〇

FAX △△-××××

宗像薬剤師会 会営宗像センター薬局

TEL 0940-34-8081

FAX 0940-34-8085

患者氏名 宗〇 〇男 様

※商品名・数量・納品希望日を記入し FAX して下さい。

納品予定日と金額を記入し折り返し FAX いたします。

商品名・規格	品番・型番	数量	金額	納品希望日	納品予定日	受取印
メロリン 10cm×10cm (滅菌)	66974933	10 枚	518	7/12	即日可能	
オプサイトジェントロール 5cm×5m	66801196	1 巻	3300	7/12	7/10	

合計金額 **¥3,818-**

医療機関から供給する医療材料

商品名・規格	数量	納品希望日	払出日	備考

訪問看護ステーション名・FAX 番号 〇〇〇〇ステーション △△-××××

担当者名 〇〇〇〇