

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・患者へ説明
 FAX FAX

様式4-② 患者請求分注文票

発注日 7 / 5

医療・衛生材料注文票（患者請求分）

宗像薬剤師会 会営宗像センター薬局 TEL0940-34-8081

FAX0940-34-8085

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
ハイドロサイトADプラス7.5×7.53枚入	66800688	1箱		7/12		

合計金額 _____

医療機関名 〇〇〇〇病院 医師名 〇〇〇〇	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
--------------------------------	---