

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	743	7/12	7/12	

合計金額 ¥743-

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

〇〇〇ステーション △△-××××

担当者名

〇〇〇〇