**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

**医療・衛生材料注文票**（医療機関請求分）

医療機関名 医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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　　　　　　　　　　　　　　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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**合計金額**

　　**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番号担当者名　 |