**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ー②　　患者請求分注文票　　　　　　　発注日

**医療・衛生材料注文票**（患者請求分）

TEL0940-34-8081

FAX0940-34-8085

宗像薬剤師会　会営宗像センター薬局

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**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名  医師名 | 訪問看護ステーション名・FAX番号  担当者名 |