**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**

　　　　　　**ＦＡＸ　　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ**

様式４ー③　　ステーション事業所用物品注文票　　発注日

**医療・衛生材料注文票**（ステーション用）

TEL0940-34-8081

FAX0940-34-8085

宗像薬剤師会　会営宗像センター薬局

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※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。

**合計金額**

|  |
| --- |
| 訪問看護ステーション名・FAX番号担当者名 |