

処方せん自動 FAX 機への薬局機能情報の変更について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また、平素より会務にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、薬局機能情報の変更につきましては、下記登録表に必要な事項をご記入のうえ、鹿児島県薬剤師会事務局（FAX 099-254-6129）までご送付いただきますようお願い申し上げます。

【薬局機能情報登録票】

変更の項目に○を付けてください。

1. FAX番号〔必須〕					
2. 電話番号〔必須〕					
3. 薬局名〔必須〕					
4. 薬局所在地〔必須〕		〒			
5. 指定の有無を○×でご記入ください。但し、△の記載は不可。（ ）内は法別番号。					
麻薬取扱い		在宅訪問指導		無菌製剤	
労災保険		生活保護		感染症（結核）	
更生・育成医療		原爆被爆者		精神通院	
肝炎		小児慢性特疾		難病指定	
6. 一週間の開局時間をご記入ください。					
	曜日	開局の有無	開局時間		
	祝 日	開局 ・ 閉局	～		
	日曜日	開局 ・ 閉局	～		
	月曜日	開局 ・ 閉局	～		
	火曜日	開局 ・ 閉局	～		
	水曜日	開局 ・ 閉局	～		
	木曜日	開局 ・ 閉局	～		
	金曜日	開局 ・ 閉局	～		
	土曜日	開局 ・ 閉局	～		
7. 昼間の閉局時間帯の有無		無 ・ 有 （ ～ ）			
8. その他備考 (15文字以内)		(例) 第1・3木曜は13:00閉局			

提出先：FAX 099-254-6129（鹿児島県薬剤師会事務局）