



【小島薬局 筒井町店 宛て】調剤専用医薬品 及び 容器注文書

20 年 月 日

薬局名	電話番号	追加分
	FAX番号	

※追加発注分は○を付けて下さい。

受渡し予定 担当者	
予定来局時刻	当 日 (: 頃) その他 (月 日 : 頃) ★受渡しの際に <u>注文書の原本と薬局開設許可証の写し</u> をご提示ください

医薬品名・容器名 (後発医薬品はメーカー名まで)	規格 (分包品はg/包まで)	数量 (整数で) 単位	分割販売薬局使用欄 (記入不要です)
			0冷 1要処方 2毒 3劇 4向 5日局 6習 期限: 年 月 製造番号:
			0冷 1要処方 2毒 3劇 4向 5日局 6習 期限: 年 月 製造番号:
			0冷 1要処方 2毒 3劇 4向 5日局 6習 期限: 年 月 製造番号:
			0冷 1要処方 2毒 3劇 4向 5日局 6習 期限: 年 月 製造番号:
			0冷 1要処方 2毒 3劇 4向 5日局 6習 期限: 年 月 製造番号:

※受渡し不可の場合、FAXにて20分以内に返信します。

〈発注先〉小島薬局 筒井町店 FAX:941-6821 TEL:941-6820

開局時間 (平日)8:30~19:00 / (土曜日)8:30~13:00

〈注意事項〉

- 在庫の有無に関する問い合わせ: 当薬局HP上の薬品在庫一覧を参照していただき、電話による在庫の有無に関する問い合わせはお控え下さい。※受渡し不可の場合、FAXにて20分以内に返信します。
- 追加発注: 追加の発注がある際は、新しい注文書をご利用の上「追加分」に○を付けて発注して下さい。
- 散剤・水剤・軟膏剤の発注数量: 散剤・軟膏剤は整数グラム単位、水剤は整数ミリリットル単位での分譲となります。小数点以下での発注があった場合は、全て切り上げさせていただきます。
- 投薬瓶・軟膏壺: 水剤・軟膏剤の分譲に用いる投薬瓶や軟膏壺に関しましては、当薬局の判断にて使用の上、代金を請求させていただきます。なお、別途、投薬瓶・軟膏壺のみでの分譲も可能です。
- 既存包装単位での分譲: 卸から小包装で購入可能なものは、卸から購入して下さい。
- 処方せんの添付: 向精神薬を注文の際は、処方せんを注文書と一緒にFAXして下さい。
向精神薬の分譲数量は、処方せん記載の量までとさせていただきます。