



【小島薬局 東椎路店 宛て】調剤専用医薬品 及び 容器注文書

20 年 月 日

薬局開設許可番号	東保 A 第	—	号	[有効期間] 年 月 日 ~ 年 月 日	追加分
薬局名	電話番号 ()				
住所	〒 —				
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) ★受渡しの際に注文書の原本と薬局開設許可証の写しをご提示ください

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。

<p>〈発注先〉小島薬局 東椎路店 FAX : 941-7865 TEL : 941-7864</p> <p>開局時間 (月・火・水・金) 8:30~18:00 / (木) 8:30~16:30 / (土) 8:30~13:00</p>
--

〈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。
- 処方せんへの添付：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。