調剤券交付願書

令和　　年　　月　　日

直方市福祉事務所長　様

|  |
| --- |
| 薬局名管理者氏名 |

　下記の者について、生活保護法による調剤を行いましたので、調剤券の交付をお願いします。

記

（№　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 当月初回調剤月日 | 患者氏名 | 患者生年月日 | 処方箋発行医療機関 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |