

年 月 日

小郡市福祉事務所長 宛  
(福祉課生活福祉係)

指定薬局名  
指定薬局コード  
所在地  
電話番号

### 調剤開始連名簿

	患者氏名及び 生年月日	処方箋発行医療機関 住所及び名称	当該月最初 の調剤日	単独・ 併用区分	備考
1	年 月 日			単・併	
2	年 月 日			単・併	
3	年 月 日			単・併	
4	年 月 日			単・併	
5	年 月 日			単・併	
6	年 月 日			単・併	
7	年 月 日			単・併	
8	年 月 日			単・併	
9	年 月 日			単・併	
10	年 月 日			単・併	

※毎月 20 日までに提出いただきますよう、  
お願いいたします。

調剤券 請求件数	合計	件
-------------	----	---