

(公社)広島県薬剤師会「医療・衛生材料備蓄センター」 医療・衛生材料分割販売 注文書

申込み日: 年 月 日

FAX 送付先 会営二葉の里薬局 住所: 〒732-0057 広島市東区二葉の里三丁目2番1号
 FAX 番号: (082)567-6088 電話番号: (082)567-6077

発注者	事業所名	薬局開設許可番号	電話番号
	代表者(開設者)氏名	印	FAX 番号
	住所	〒 広島県	

■次の「確認事項」、「受取り時に必要な持参物」に✓を入れ、ご確認の上、来局願います。

確認事項	✓を入れて下さい		受取り時に必要な持参物	✓を入れて下さい
薬局開設許可を受けている	<input type="checkbox"/>	⇒	【薬局開設許可番号を確認】薬局開設許可書(写し)	<input type="checkbox"/>
保険薬局である	<input type="checkbox"/>	⇒	【保険薬局コードを確認】 保険薬局指定通知書(写し)	<input type="checkbox"/>
保険薬局部会 会員である	<input type="checkbox"/>	⇒	【保険薬局コードを確認】 保険薬局カード	<input type="checkbox"/>
処方箋がある	<input type="checkbox"/>	⇒	処方箋	<input type="checkbox"/>
処方箋がない 且つ 高度管理医療機器を要望	<input type="checkbox"/>	⇒	高度管理医療機器販売許可書(写し)	<input type="checkbox"/>
			印鑑(受取り者の印鑑)	<input type="checkbox"/>
			支払合計金 ※現金でお支払い願います。	<input type="checkbox"/>

■分割販売 注文書

販売名	規格	製造販売業者名	一般的名称	医療・衛生材料の分類 ○をつける	単位	単価(税込)	注文数量	支払金額計(税込)
				高度管理医療機器・管理医療機器・その他				
				高度管理医療機器・管理医療機器・その他				
				高度管理医療機器・管理医療機器・その他				
				高度管理医療機器・管理医療機器・その他				
				高度管理医療機器・管理医療機器・その他				
合計金額<保険薬局部会 会員>								
合計金額<保険薬局部会 会員以外の場合 ×1.5>								