

処方箋FAX送付書

木ノ下薬局(0280-97-2167)行

年 月 日

どちらかに○をしてください



- () 処方箋FAX受付 薬局にお薬を取りに来る場合
() お薬の配達希望 薬剤師に配達希望の場合

お名前	
ご住所	
お電話番号	
配達希望日時	お薬の配達をご希望の方のみ 月 日 時ごろ

※配達時間はご要望にそえない場合がございます

・ご要望やご相談などがありましたらご記入ください



木ノ下薬局

FAX 0280-97-2167

TEL 0280-97-2166