

## 保険薬局 基本情報提供書

薬局名	
代表者名(開設者)	
実務担当者名(管理薬剤師)	
郵便番号	
住所	
電話番号	
FAX 番号	
e-mail アドレス*	
営業日	
営業時間	

\*e-mail アドレスは、アドレスがない場合は結構です。

※ 薬局店舗ごとにご提出をお願いします。

ご提供いただいた個人情報は、本プロトコルの円滑な運用のために利用いたします。

目的以外の利用は行いません。

個人情報の取り扱いには十分な注意を払い、いかなる場合も、第三者に提供いたしません。

松本市立病院 薬剤科