

【送付先】

公立西知多総合病院 患者サポートセンター

FAX 0562-33-0010

訪問薬剤管理指導指示の依頼

年 月 日

公立西知多総合病院

診療科：

担当医：

薬局名

TEL

FAX

担当者

患者ID

患者氏名 様

生年月日 年 月 日

平素より大変お世話になっております。

上記患者様の訪問薬剤管理指導指示を下記の理由にて、いただきたく存じます。