

お薬手帳・お薬手帳カバー 注文書

FAX : 099-265-5293 (鹿児島県病院薬剤師会行)

(病院・診療所名) :
(住 所) :
(T E L) :
(ご担当者名) :
ご 注 文 日 : 年 月 日

【ご希望に沿って下記にチェック☑をして下さい】

勤務される薬剤師の方が病院薬剤師会会員の場合、お薬手帳 1 冊 30 円・お薬手帳カバー 1 セット 3,000 円
県薬剤師会会員 (または両団体会員) の場合、お薬手帳 1 冊 20 円・お薬手帳カバー 1 セット 2,200 円
※販売価格が異なりますので、ご注意ください。

鹿児島県病院薬剤師会
会員所属の施設はこちら

【1. ご注文数】

お薬手帳(1 冊 30 円)
_____冊

※箱単位でご購入の際は 1 箱 300 冊です。

お薬手帳カバー(1 セット 100 枚入り 3,000 円)
_____セット

↓患者情報カードご希望の方は(☑)して数量をご記入下さい。
お薬手帳カバー1セットご注文につき1束。1束100枚です。
患者情報カード無料付属 (_____)束 希望

【2. お受取のご希望】

- 発送
(送料は荷受人様ご負担)
 県薬剤師会(与次郎)で受取
(受取希望日 月 日)

【3. お支払方法】

- ※発送の場合は郵便振替もしくは銀行口座振込
- 現金にてお支払
 郵便振替にてお支払
 下記銀行口座へお振込

振込先：鹿児島銀行 鴨池支店
普通 1353804
(公社)鹿児島県薬剤師会

鹿児島県薬剤師会
会員所属の施設はこちら

【1. ご注文数】

お薬手帳(1 冊 20 円)
_____冊

※箱単位でご購入の際は 1 箱 300 冊です。

お薬手帳カバー(1 セット 100 枚入り 2,200 円)
_____セット

↓患者情報カードご希望の方は(☑)して数量をご記入下さい。
お薬手帳カバー1セットご注文につき1束。1束100枚です。
患者情報カード無料付属 (_____)束 希望

【2. お受取のご希望】

- 発送
(送料は荷受人様ご負担)
 県薬剤師会(与次郎)で受取
(受取希望日 月 日)

【3. お支払方法】

- ※発送の場合は郵便振替もしくは銀行口座振込
- 現金にてお支払
 郵便振替にてお支払
 下記銀行口座へお振込

振込先：鹿児島銀行 鴨池支店
普通 1353804
(公社)鹿児島県薬剤師会

《お薬手帳のご注文に関するお問合わせ先》

公益社団法人 鹿児島県薬剤師会 事務局 〒890-8589 鹿児島市与次郎 2-8-15
TEL:099-257-8288 FAX:099-254-6129