休日開局連絡票

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 臨時開局日 | 対応する医療機関名 | 臨時休日開局理由 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |
| 年　月　日 |  | □耳鼻科眼科輪番　□広域病院輪番　□その他 |

＊掲載まで１週間程度の時間がかかります。

＊欄が不足の場合、用紙を追加してお知らせください。

|  |  |
| --- | --- |
| 常時休日開局 | 開局曜日　□日曜　□祝日　□（その他：　　　　　　　　　） |

川崎市薬剤師会事務局までファックスお願い致します。

ファックス送信先：044-233-5456