様式 4

お薬・在宅等なんでも相談書

日付：　　年　　月　　日(　　)

事業所名：	
連絡先　☎：	FAX：
職　種　：	氏名：

●相談内容

●回答者：

送信先　：　三原薬剤師会在宅相談窓口　　TEL：0848-64-8079　　FAX：0848-64-2220
内容を確認し、後程こちらからご連絡致します。