

医療機関向けマスク受取申込書

申込日	月 日 ()	
薬局名		
住 所		
TEL		
FAX		
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送	切手を貼付した返信用封筒（レターパック等）と薬局開設許可証（写）を郵送でお送りください。 ※切手はマスク30枚で210円（定形外郵便物・規格内150g以内）
	<input type="checkbox"/> 着払い	本申込書と薬局開設許可証をFAXでお送りください。 到着後宅配便着払いにて発送いたします。
	<input type="checkbox"/> 来館	来館日時： 月 日 () 時頃 ----- 来館者名：
備 考		

※マスクは**1薬局30枚**の配布です。

※配布先把握のため、マスクは**薬局開設許可証（写）**と引き換えでのお渡しとなります。