

福岡県薬剤師会 行

FAX:092-281-4104

医療機関向けマスク受取来館予約シート

申込日	月 日 ()
薬局名	
住 所	
T E L	
F A X	
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。