

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"/> 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110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。