**（公社）広島県薬剤師会「医療・衛生材料備蓄センター」　　医療・衛生材料分割販売　注文書**

申込み日：　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FAX送付先** | **会営二葉の里薬局** | **住所：〒732-0057　広島市東区二葉の里三丁目２番１号** |
| **FAX番号：（082）567-6088　　電話番号：（082）567-6077** |  |
|  |  |  |  |  |
| 発注者 | 事業所名 |  | 薬局開設許可番号 |  | 電話番号 |  |
| 代表者（開設者）氏名 | 印　　　　 | FAX番号 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　広島県 |

**■次の「確認事項」、「受取り時に必要な持参物」に✔を入れ、ご確認の上、来局願います。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **確認事項** | **✔を入れて下さい** |  | **受取り時に必要な持参物** | **✔を入れて下さい** |
| 薬局開設許可を受けている | **□** | ⇒ | 【薬局開設許可番号を確認】薬局開設許可書（写し） | □ |
| 保険薬局である | □ | ⇒ | 【保険薬局コードを確認】　保険薬局指定通知書（写し） | □ |
| 保険薬局部会　会員である | □ | ⇒ | 【保険薬局コードを確認】　保険薬局カード　 | □ |
| 処方箋がある | □ | ⇒ | 処方箋 | □ |
| 処方箋がない　且つ　高度管理医療機器を要望 | □ | ⇒ | 高度管理医療機器販売許可書（写し） | □ |
|  | 印鑑（受取り者の印鑑） | □ |
| 支払合計金　※現金でお支払い願います。 | □ |

**■分割販売　注文書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 販売名 | 規格 | 製造販売業者名 | 一般的名称 | 医療・衛生材料の分類　○をつける | 単位 | 単価(税込) | 注文数量 | 支払金額計(税込) |
|  |  |  |  | 高度管理医療機器・管理医療機器・その他 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 高度管理医療機器・管理医療機器・その他 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 高度管理医療機器・管理医療機器・その他 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 高度管理医療機器・管理医療機器・その他 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 高度管理医療機器・管理医療機器・その他 |  |  |  |  |
| **合計金額＜保険薬局部会　会員＞** |  |
| **合計金額＜保険薬局部会　会員以外の場合　×１．５＞** |  |

2019年3月　広島県薬剤師会作成