様式第二号の二

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　ＦＡＸ番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その他の連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（受付保険薬局情報）

１回目を受け付けた保険薬局

名称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険薬剤師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

調剤年月日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２回目を受け付けた保険薬局

名称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険薬剤師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

調剤年月日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３回目を受け付けた保険薬局

名称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険薬剤師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

調剤年月日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿