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 ＿＿＿＿＿＿＿＿