

原則報告フォームよりご連絡ください。フォームからの報告が困難な場合のみ
FAXでの連絡が可能です

③薬局において配送費の請求の根拠となる資料の写し
FAX報告用

薬局名 _____ 保険薬局コード _____

※以下に資料の写しを貼ってFAXしてください

報告期限：毎月10日
FAX 058-240-0500