疑義照会簡素化プロトコル申込書（米沢市立病院）

　以下の必要事項を記載のうえ、メール添付もしくはFAX・郵送にてお申込みください。

　追って、指定メールアドレスに書類一式を送付いたします。

　申込書およびプロトコル合意は店舗ごとに必要となりますので、ご了承願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 保険薬局名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　店） |
| 住　所 | 〒 |
| 薬局開設者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス※ | 　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　□ なし |

米沢市立病院　薬剤部 宛

※メールアドレスがない場合は、なしにチェックを入れてください。

【合意までの流れ】

薬 局 本申込書を、メール添付もしくはFAX・郵送にて当院薬剤部宛に送付。

　　　　　　　　↓

病 院 指定メールアドレスに、プロトコル内容・合意書・専用報告書等の書類一式を送付。

（メールアドレスがない場合は郵送）

　　　　　　　　↓

薬 局 合意書に必要事項を記載し薬局開設者の捺印のうえ、2部当院薬剤部宛に郵送。

　　　　　　　　↓

病 院 合意日時・運用開始日時を記載し当院公印を捺印のうえ、1部郵送にて返却。

この時点で合意成立

【送付先】

米沢市立病院薬剤部　渡邊　茂

E-mail: yakuzai@yone-city-hp.jp

FAX: 0238-21-1303（薬剤部直通）

住所：〒992-8502 山形県米沢市相生町6-36

米沢市立病院記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 書類送付 | * 年　　月　　日完了
 | 印 |