

事前合意プロトコル専用 FAX 送信状

年 月 日

住友病院薬剤部 御中
FAX 06-6447-3033

〇〇薬局
大阪市北区〇〇町〇〇-〇
TEL:06-0000-0000
FAX:06-0000-0000
担当：

合意書に基づき下記の通り報告します。

送信枚数： _____ 枚（送信状含む）

【患者番号・氏名】 _____

【変更理由】 合意事項① 合意事項② 合意事項③ 合意事項④
 合意事項⑤ 合意事項⑥ 合意事項⑦

【変更内容】 別紙に記載の通り