



※太枠内は記入必須

E N Iファーマシー 薬局情報記入表

記入日 令和 年 月 日

★かかりつけ薬局カードのご注文のみの場合は、「かかりつけ薬局カードご注文書」をご使用下さい。


登録データのメンテナンス

どちらかに○を付け、希望日がある場合は()に記入して下さい。

1:新規データ登録 希望日(/)

2:変更・削除 希望日(/)

変更の場合は、「備考」欄に変更点を、
削除の場合は、「備考」欄に理由をご記入下さい。

薬剤師会名	新潟市薬剤師会	会員区分	会員・非会員
通称カナ名(12文字以内)			
薬局名(全角13字半角カナ26字以内)			
申請者名	様  ←必ずご捺印下さい。		
電話番号	市外局番からご記入下さい。	※FAX番号	市外局番からご記入下さい。
住所(全角18字半角カナ36字以内)	〒《 - 》		

<営業情報> <営業情報> 営業日は「営業」に、休業日は「休業」に○を付けて下さい。

月曜	営業 / 休業	:	~	:
火曜	営業 / 休業	:	~	:
水曜	営業 / 休業	:	~	:
木曜	営業 / 休業	:	~	:
金曜	営業 / 休業	:	~	:
土曜	営業 / 休業	:	~	:
日曜	営業 / 休業	:	~	:
祝日	営業 / 休業	:	~	:

休憩時間 : ~ :

変則的な営業時間、休憩時間、休業日についてはこちらへご記入下さい。

グループ名称	グループ調剤薬局の場合ご記入下さい。
備考	

<薬局地図> GoogleMap等のウェブサイトの地図、市販の住宅地図は著作権上そのまま掲載することはできませんので、ご注意下さい。
この枠内の大きさで、線をくっきり太めに描くと美しく仕上がります。(別紙で添付可)

記載内容確認

薬剤師会名:新潟市薬剤師会
氏名:

<<個人情報保護について>>

- I. 個人の情報を頂く場合は下記の利用目的で使用させていただきます。
- ①処方箋FAX機E N Iファーマシーに登録しシステム運用を確保するため
 - ②処方箋FAX機E N Iファーマシー使用に伴う連絡のため
- II. ご提供頂いた個人情報は上記の利用目的以外には使用致しません。

CS