

ENIファーマシー長期連休 登録依頼表

記入日 令和 年 月 日

注) 長期連休の場合は、変更日の3週間前までに、ご提出お願い致します。

薬 局 名

住 所

電 話 番 号

—

—

FAX 番 号

—

—

開局(例 ○) または 休局(例 ×) 等 ご記入、お願い致します。

注: 午後～お休みの場合、〇〇時まで(開局)と記載、お願い致します。

月	日	曜日	午前	午後	開局時間変更	
					開局	閉局
記入例			○	× (午後1時まで)	9 : 00	13 : 00
1	1	月				
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:

その他

新潟市薬剤師会

niigatasiyaku@e-mail.jp または、FAX番号 025-290-5758 まで