

ENIファーマシー長期連休 登録依頼表

記入日 平成 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

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
5	3	月				
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:
					:	:

その他

(社)新潟市薬剤師会

niigatasiyaku@e-mail.jp または、FAX番号 025-290-5757 まで