

会員様専用

注文書

発注年月日 令和 年 月 日

会員氏名または会員薬局名	
発注担当者氏名	
連絡先電話番号	
受取予定日	令和 年 月 日

堺市薬剤師会 地域医療連携室 行  
FAX 072-280-1918

品名	価格 (税込)	発注数	金額 (税込)
お薬カレンダー ※ポケットのみの販売なし	本体のみ	1,100 円	円
	本体+ポケット	1,200 円	円
血压手帳	50 円		円
	円		円
	円		円

合計金額

円

支払方法：現金のみ

受取方法：堺市薬剤師会館にて受け渡し

問合せ先：一般社団法人堺市薬剤師会 地域医療連携室 Tel 072-280-1873