

令和 年 月 日

奈良県福祉医療部医療政策局薬務課 宛

パスワード設定票再発行依頼書

下記施設について、設定票の再発行を依頼します。

薬局の名称

薬局の所在地

申請者氏名

TEL

FAX

*奈良県福祉医療部医療政策局薬務課 FAX 0742-27-3029 へ送信してください。