薬剤保管依頼書

令和　　年　　月　　日

薬　剤　部　長　　殿

実施責任者　所属

職名

氏名

貴部において下記薬剤の保管を依頼しますので，よろしくお願いします。

記

薬　剤　名：

規　　　格：

剤　　　形：

用法・用量：

使用期間：

患　者　名：

患者ＩＤ：

依頼者へ

依頼者へ

処方受付は時間内のみとし，時間外受付は行いません。

薬　剤　部　長

処方受付は時間内のみとし，時間外受付は行いません。

薬剤部長