三友堂病院 疑義照会簡素化プロトコル申込み用紙

以下の必要事項を確認のうえ、FAXにてお申込みください。

追って、書類一式を送付いたします。

【合意までの流れ】

薬 局：「疑義照会簡素化プロトコルに関する説明」を閲覧し本申込書を、当院薬剤部宛にＦＡＸにて申し込む

→病 院：プロトコル内容・合意書（2部）・専用報告書等の書類一式を郵送

→薬 局：合意書に必要事項を記載し薬局開設者の捺印のうえ、2部当院薬剤部宛に郵送

→病 院：合意日時・運用開始日時を記載し当院公印を捺印のうえ、1部郵送にて返却

➡この時点で合意成立

【送付先】

三友堂病院 薬剤部 簡素化プロトコル担当者宛

住所：〒992-0033　米沢市福田町2-1-55

FAX：0238-24-3732（薬剤部直通）

|  |  |
| --- | --- |
| 【申込書】　三友堂病院薬剤部　簡素化プロトコル担当者宛 | |
| 申込日 | 年 　　　　月 　　　　日（ 　） |
| 保険薬局名称  住 所  電話番号  FAX番号  薬局開設者名 | |