

備蓄品依頼書

薬局名 _____ 様

年 月 日

品名	単価	数量	金額

合計 _____ 円

一般社団法人彦根薬剤師会事務局 FAX23-7759

領収書

様

年 月 日

¥ _____

品名	包装単位	単位(円)	数量	合計
薬歴A 100枚	1冊	600		
薬歴B 100枚	1冊	600		
連名簿 20枚	1冊	150		
調剤報酬明細書 50枚	1冊	200		
国保請求書コピー用紙	15枚	100		
後期高齢者請求書コピー用紙	15枚	100		
お薬手帳	1冊	35		
管理記録	1冊	400		

一般社団法人彦根薬剤師会 印