複数の医療機関からの処方箋を受けていることの届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主な医療機関名及び所在地（略称不可） | 1ヶ月平均の処方箋の受付枚数 | 全体に対する割合 |
| 医療機関名 |  | 枚 | ％ |
| 所在地 |  |
| 医療機関名 |  | 枚 | ％ |
| 所在地 |  |
| 医療機関名 |  | 枚 | ％ |
| 所在地 |  |
| 医療機関名 |  | 枚 | ％ |
| 所在地 |  |
| 医療機関名 |  | 枚 | ％ |
| 所在地 |  |
| 医療機関名 |  | 枚 | ％ |
| 所在地 |  |

以上、複数の医療機関からの処方箋を受けていることを届出ます。

（医療機関の開設者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞