

「院外処方箋送信システム」登録申込書

申込年月日 令和 年 月 日

薬局名 _____ (会員 ・ 非会員)

住所 _____

開設者名 _____

私は千葉市内公立病院に設置されている「院外処方箋送信システム（ENI ファーマシー）」への登録を申込みます。

一般社団法人千葉市薬剤師会
〒261-0001
千葉市美浜区幸町 1-3-9
千葉市総合保健医療センター3階
TEL 043-242-8193
FAX 043-244-9360