



※太枠内は記入必須

E N I ファーマシー 薬局情報記入表

記入日 20 年 月 日

★二重枠内のご希望される項目の口に印を付けて下さい。かかりつけ薬局カードのご注文のみの場合は、「かかりつけ薬局カード注文書」をご使用下さい。

□ 登録データのメンテナンス

どちらかに○を付け、希望日がある場合は()に記入して下さい。

1:新規データ登録 希望日()

「登録対象病院」欄に登録する医療機関名をご記入下さい。

2:変更・削除 希望日()

削除の場合は、「備考」欄に理由をご記入下さい。薬局カードの有無によって、処理が変わる可能性があります。

薬剤師会名	薬剤師会										登録地区名																	
通称カナ名(12文字以内)																												
薬局名(全角13字半角カナ26字以内)																												
申請者名																									様	印	←必ずご捺印下さい。	
電話番号	市外局番からご記入下さい。										※FAX番号	市外局番からご記入下さい。																
住所(全角18字半角カナ36字以内)	〒《 - 》																											

<営業情報> 営業している場合は「営業」に、休業している場合には「休業」に○を付ける。

月曜	営業 / 休業	:	~	:
火曜	営業 / 休業	:	~	:
水曜	営業 / 休業	:	~	:
木曜	営業 / 休業	:	~	:
金曜	営業 / 休業	:	~	:
土曜	営業 / 休業	:	~	:
日曜	営業 / 休業	:	~	:
祝日	営業 / 休業	:	~	:

休憩時間 : ~ :

変則的な営業時間、休憩時間、休業日についてはこちらへご記入下さい。

登録対象病院																										
備考																										

<薬局地図> Yahoo map、GoogleMap等は著作権等の関係上そのまま掲載することはできませんので、ご注意ください。
この枠内の大きさを、線をくっきり太めに描くと美しく仕上がります。(別紙で添付可)

E N I ファーマシー管理責任者確認

薬剤師会名:

氏名:

薬剤師会名:

氏名:

薬剤師会名:

氏名:

《営業担当者記入欄》

営業所名:

担当者名:

《個人情報保護について》

- I. 個人の情報を頂く場合は下記の利用目的で使用させていただきます。
 - ①処方箋FAX機E N I ファーマシーに登録しシステム運用を確保するため
 - ②処方箋FAX機E N I ファーマシー使用に伴う連絡のため
- II. ご提供頂いた個人情報は上記の利用目的以外には使用致しません。

営業所	CS本部
印	印

※太枠内は記入必須

E N Iファーマシー薬局情報記入表

記入例

記入日 2019 年 1月 10日

★二重枠内のご希望される項目の□に印を付けて下さい。かかりつけ薬局カードのご注文のみの場合は、「かかりつけ薬局カード注文書」をご使用下さい。

□ 登録データのメンテナンス

どちらかに○を付け、希望日がある場合は()に記入して下さい。

1: 新規データ登録 希望日(1/26)

「登録対象病院」欄に登録する医療機関名をご記入下さい。

2: 変更・削除 希望日()

削除の場合は、「備考」欄に理由をご記入下さい。薬局カードの有無によって、処理が変わる可能性があります。

薬剤師会名	東邦薬剤師会			登録地区名	城南		
通称カナ名(12文字以内)	キョ	ウソ	ウミ	ライ	オオ	タ	
薬局名(全角13字半角+26字以内)	共	創	未	来	フ	ア	マ
	シ	ー	大	田	店		
申請者名	東邦 太郎			様	印	←必ずご捺印下さい。	
電話番号	03-5764-3256			※FAX番号	03-5764-0187		
住所(全角18字半角+36字以内)	東	京	都	大	田	区	平
〒《143-0006》							和
							島
							6
							-
							1
							-
							1

<営業情報> 営業している場合は「営業」に、休業している場合には「休業」に○を付ける。

月曜	営業	休業	9 : 00	~	18 : 00
火曜	営業	休業	9 : 00	~	18 : 00
水曜	営業	休業	9 : 00	~	18 : 00
木曜	営業	休業		~	
金曜	営業	休業	9 : 00	~	18 : 00
土曜	営業	休業	9 : 00	~	13 : 00
日曜	営業	休業		~	
祝日	営業	休業		~	

休憩時間 13 : 00 ~ 15 : 00

変則的な営業時間、休憩時間、休業日についてはこちらへご記入下さい。

毎月第3土曜は休業日

登録対象病院 都立〇〇医療センター、△△総合病院、* * 大学付属病院

備考

<薬局地図> Yahoo map、GoogleMap等は著作権等の関係上そのまま掲載することはできませんので、ご注意ください。
この枠内の大きさで、線をくっきり太めに描くと美しく仕上がります。(別紙で添付可)

E N Iファーマシー管理責任者確認

薬剤師会名:

氏名:

薬剤師会名:

氏名:

薬剤師会名:

氏名:

《営業担当者記入欄》

営業所名: 〇〇営業所

担当者名: 代沢 未来

<個人情報保護について>

- I. 個人の情報を頂く場合は下記の利用目的で使用させていただきます。
- ①処方箋FAX機E N Iファーマシーに登録しシステム運用を確保するため
 - ②処方箋FAX機E N Iファーマシー使用に伴う連絡のため
- II. ご提供頂いた個人情報は上記の利用目的以外には使用致しません。

営業所

CS本部記入

検品済C	内容C	リスト記入C