令和　年　月　日

FAX番号：47-5298【送付状不要】

メール：toyo-ph@theia.ocn.ne.jp

一般社団法人豊橋市薬剤師会長

申請者　事業所名

　　　　　　 担当者名

　　　　　　 住所

　 　電話番号

訪問お薬相談業務申込書

　　下記の利用者へ訪問お薬相談業務の実施をお願いします。

記

　　利用者情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齢 |  | 性別 | □男　　□女 | 町名 |  |
| 住まい | □独居　　□夫婦のみ世帯　　□その他（　　　　　　　　） | | | | |

訪問者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 職種 |  |

　　同行を希望する薬局

|  |  |
| --- | --- |
| 希望の有無 | □有　　　　　　□無 |
| 薬局名 |  |

--------------------------------------------------------------------------------

【薬剤師会使用欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 受付番号 | 派遣者 | |
| 薬局名 | 薬剤師名 |
|  |  |  |  |

訪問お薬相談業務に関する同意書

　私は、豊橋市薬剤師会および介護保険指定事業者が行う事業の実施に当たり、状況を把握する必要があるときは、必要な範囲で関係する者に情報を共有（「東三河ほいっぷネットワーク」を含む）することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住所

対象者本人氏名

本人の署名が難しい場合の代筆者（ご家族等）

代筆者氏名　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 取扱海貨業者 | 担当者 |
|  |  |