

## 国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業実施報告書

薬局の名称	
薬局の所在地 及び電話番号	〒  (TEL )
その他の連絡先	
登録、その更新の年月日 及び登録番号	登録： 年 月 日 更新： 年 月 日 第 号
報告の対象期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
利用者の数	
薬剤遠隔指導等の件数	
特定処方箋により調剤された薬剤 の副作用その他の事由によるもの と疑われる症状の発現状況	
登録事業の実施状況に関する事項 (テレビ電話装置等の故障のため 事業が継続できない状況を含む。 )	
備 考	

上記により、国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業を実施しましたので報告します。

年 月 日

住 所

(法人にあつては、主  
たる事務所の所在地)

(TEL )

ふりがな

氏 名

(法人にあつては、名  
称及び代表者の氏名)

印

(開設者が個人の場合、自署であれば押印不要)

【連絡先：

担当者名：

】

千葉市長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
- 2 特定処方箋により調剤された薬剤の副作用その他の事由によるものと疑われる症状の発現状況欄又は登録事業の実施状況に関する事項欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 3 登録事業の開始の日から6か月ごとにその期間の経過後30日以内を目途に報告すること。
- 4 重篤な副作用が生じた場合等は、上記4によらず、速やかに報告すること。