

国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業新規利用報告書

薬局の名称	
利用者がオンライン診療を受けている医療機関の所在地及び電話番号	〒 (TEL)
緊急時の電話番号	薬 局 連絡先 医療機関 連絡先
国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業登録番号及び年月日	
業務を行う薬剤師の氏名等	(免許番号 / 登録年月日)
利用者の住所・氏名・連絡先等	住 所 氏 名 性 別 生年月日 連 絡 先 ()
利用者が利用するテレビ電話装置等の仕様 (鮮明な映像及び明瞭な音声を送受信する性能を有していること)	
特定処方箋により調剤された薬剤の種類 (*1)	
その他利用者が受けている薬剤遠隔指導等に関する事項	
利用者が該当する事業要件	

上記により、国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業について、新たな利用者があり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 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。

(*1)個人情報の取扱いの同意が得られていない場合は、空欄で提出し「その他利用者が受けている薬剤遠隔指導等に関する事項」に「新規利用者1件」と記載してください。