

令和6年2月22日

関係薬局 様

一般社団法人 静岡市薬剤師会
会 長 河 西 きよみ

「院外処方せんFAX機」へ登録のご案内

日頃より、会の運営にご協力をいただきありがとうございます。

さて、当薬剤師会では下記5病院にFAX機を設置し、患者様の希望により処方せんを薬局にFAXしております。患者様の利便性を考え、FAX機への登録のご案内をいたします。

- ◇ 対象病院 静岡県立総合病院・静岡済生会総合病院・静岡赤十字病院・静岡市立静岡病院
静岡厚生病院
(5病院に同じ情報が登録されます)

- ◇ 諸費用 ① 初回登録料 1万円(税込)
- ・薬局近隣地図掲載
 - ・かかりつけ薬局カード100枚込
- ※ かかりつけ薬局カードをFAX機に差し込むだけで、送信薬局画面が表示されます。
- ※ カードの追加は、別途100枚3,200円で作成できます。(送料別)
- ※ 地図掲載・カード作成無しで薬局情報のみ登録の場合は、無料です。
- ② 処方せん送信1回につき170円税込(処方箋枚数は関係しません)をFAXコーナー運営負担金として請求させていただきます。

- ◇ 登録ご希望の場合は、別紙「院外処方せんFAX機ENIファーマシー登録申込書」でお申し込み下さい。

ご不明な点は事務局までご連絡下さい。(担当:望月)

(TEL) 054-286-8934 (FAX) 054-282-5997

・数字に○印をお付け下さい

1	地図掲載し、かかりつけ薬局カードを作成する。(別紙申込書1～8を記入)
2	薬局情報のみ登録する。(別紙申込書1～7を記入)
3	FAX機への登録を希望しない。
薬局名	
住 所	
T E L F A X	

院外処方せん FAX 機「ENI ファーマシー」登録申込書

記入日：令和 年 月 日

対象病院：静岡県立総合病院・静岡済生会総合病院・静岡赤十字病院・静岡市立静岡病院・静岡厚生病院

1. 薬剤師会名 2. 申請者名 様

3. 薬局名

カナ													
薬局名 (13 文字以内)													

(市外局番から)

(市外局番から)

4. TEL 5. FAX

6. 住所 (全角18文字以内)

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

7. 営業情報 (営業している場合は「営業」に、休業している場合は「休業」に○を付ける。

月曜	営業 / 休業	:	~	:	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。
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	祝日はその曜日の営業時間が反映されます。			

8. 〈薬局地図〉 この枠内の大きさに記入下さい。線をくっきり太めに描くと美しく仕上がります・(別紙添付可)

--

【管理者】

一般社団法人 静岡市薬剤師会

住所：静岡市駿河区小黒1丁目4-4

TEL:054-286-8934

FAX:054-282-5997