〈広島県版〉トレーシングレポート（服薬情報提供書）

参加病院申し込み用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 部署名 |  |
| 受付ＦＡＸ番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 責任者 |  |
| メールアドレス |  |
| 電話番号 |  |

**問い合わせ**

申込先:**医療法人社団輔仁会 太田川病院　薬剤部　西原**

FAX番号: 082-220-2812（代表）

　　　　　　　　　　または

MAILアドレス:　 m-nishihara@otagawa-hp.com