

申込み FAX 06-6945-6135へ

申込者氏名()Tel()

お薬相談メモ

当事者の年齢： _____歳 性別：(男性・女性)

現在の病名： _____

薬剤師に聞きたいこと

服用中のお薬の内容

※お薬手帳などで、これまでの経過がわかるものを記載ください。

「申込み締切」： 8月16日 (木)