山形県薬剤師会　宛て

　　　　　FAX:**（023）632-5196**

ﾒｰﾙ: yamakenyaku@ceres.ocn.ne.jp

CKDシール申請書（医師用）

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 |  |
| 申請施設名（医院名） |  |
| 住所・連絡先 | 〒FAX：TEL： |
| 申請者氏名 |  |
| CKDシール必要枚数（10枚単位で申請） | 　　　　　　　　　　　枚 |
| CKDシール申請 | 初回　　・　　2回目以降 |