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

|  |  |
| --- | --- |
| 申請施設名・連絡先 | 薬局名・病院名：  FAX：  TEL： |
| 施設住所 | 〒 |
| 申請者職種（該当に〇） | 医師　　・　　薬剤師 |
| 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 |