

津山中央病院 津山中央記念病院 様

患者様氏名	男 女
疑義照会発信日時	令和 年 月 日 時 分
回答受付日時	令和 年 月 日 時 分

疑義照会回答を承りました。

薬局 店

薬剤師 氏名

TEL

き り と り

疑義照会は処方せんとあわせて A4版疑義照会用紙をFAXしてください。

疑義照会をすると、FAXで返答が送られてきます。
その後に上記の用紙をFAXしてください。

津山中央病院 **0868-21-8220** (疑義照会連絡先)

津山中央記念病院 **0868-32-3066** (疑義照会連絡先)

① 疑義照会した日・時を記入

② 回答を受付た日・時を記入

当日中に上記FAX番号に返信ください。

津山中央病院 津山中央記念病院 様

患者様氏名	男 女
① 疑義照会発信日時	令和 年 月 日 時 分
② 回答受付日時	令和 年 月 日 時 分

疑義照会回答を承りました。

薬局 店

薬剤師 氏名

TEL