

CKDシール送付依頼票

<送付先> ※いずれかを○で囲んでください。

- 1 長崎県 医療政策課 がん対策班 行
FAX: 095-895-2573
- 2 長崎県薬剤師会 CKDシール担当 行
FAX: 095-848-6160

以下のとおり、CKDシールの送付を依頼します

令和 年 月 日

病院・薬局名	
送付先住所	
連絡先(電話)	
担当者名	

【希望枚数】

シート

※1シートにシール15枚

【連絡事項】 ※その他、ご要望等ありましたらご記入ください

--