

お薬宅配サービス依頼書

依頼書 処方せん

▼ この2通をFAXしてください ▼



0748-32-6638

お申込日	年 月 日 ()
氏名	
住所	〒
電話	
ご要望	

※この依頼書と処方せん 2 通を FAX してください。

FAX が届き次第、確認のお電話をこちらから致します。

※時間帯やお薬の内容によっては翌日にお届けする場合がございますのでご了承ください。



さくらみや 薬局

〒523-0893

滋賀県近江八幡市桜宮町299番地1

TEL&FAX 0748-32-6638

各病院・医院の
処方せんを
受付いたします

