

会員薬局の情報を朝霞地区薬剤師会ホームページに掲載いたしますので、下記の内容にご記入後、FAXをお願いします。

1. ホームページの会員薬局マップに貴薬局の情報を掲載してもよろしいでしょうか

はい

いいえ

2. 薬局名、住所、電話番号

薬局名

住所 〒

電話番号

FAX

3. 営業時間、調剤対応時間を記入してください

	営業時間	調剤対応時間
(例)	9:00～19:00	9:00～12:00 15:00～19:00
月		
火		
水		
木		
金		
土		
日		
祝日		

19時以降、及び日・祝日に調剤対応をされている際、『夜間に開いている薬局』、『日曜日・祝日に開いている薬局』に掲載いたします。

4. 朝霞地区医師会の日・祝日当番医に対応されていますか？

はい

( 医院、病院名 )

いいえ

5. 貴薬局の機能について該当するものに○をつけてください

- ・ 駐車場完備
- ・ 聴覚障害者対応
- ・ 視覚障害者対応
- ・ 車椅子使用者対応
- ・ 外国語対応
- ・ 受動喫煙防止措置対応
- ・ 無菌調剤対応
- ・ 在宅対応
- ・ OTC 対応

**朝霞地区薬剤師会事務局 FAX 048-483-4126**