

F A X送信先：092-514-6113

(福岡徳洲会病院 薬剤部 医薬品情報解析室 宛)

FORMULARY 申込書

福岡徳洲会病院 院内採用医薬品集 2020 年度版 **FORMULARY28th**

1冊¥3,000 (税込) +¥500 (レターパック)

(※直接院内 DI 室まで受け取りに来られる場合はレターパック代金は不要です)

振込明細貼布場所

申込年月日 2020 年 月 日

☆振込先☆

十八親和銀行塩原支店

普通口座 2607792

医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院

理事長 安富祖 久明

☆振込金額：3500 円 (税込)

直接受け取りの場合：3000 円 (税込)

☆申し訳ございませんが、

振込手数料は各自でご負担ください

申込冊数： 1 冊

会社名 (営業所)：

営業所住所：

電話番号：

メールアドレス：

営業所代表者氏名：

受け取り方法 (○をつけてください)：レターパック or DI 室

申込書の二重枠内に必要事項をご記入の上、振込明細を貼布して FAX にてお申し込み下さい。

切り離さずにそのまま FAX してください。(現金での取り扱いは致しません)

領収書は現物と一緒に送らせていただきます。直接受け取りの場合は事前にご連絡ください。

領 収 書

2020 年 月 日

様

¥

院内採用医薬品集 2020 年度版 FORMULARY28th 代、レターパック代 として

医療法人 徳洲会 福岡徳洲会病院

薬剤部 医薬品情報解析室

〒816-0864

福岡県春日市須玖北 4 丁目 5 番地

TEL 092-573-6622(代) Fax 092-514-6113(直通)

e-mail yakudi@csf.ne.jp

受付者