

治療における医療用医薬品の使用目的について

株式会社ウレシン 行

Email : uresin@siren.ocn.ne.jp

●TEL: 06-6412-3155(代) ※オペレーター ●FAX: 06-6412-3156 ●Direct: 080-3717-6985

ご注文の医療用医薬品の治療におけるご使用目的の内容につきましてご記入をお願いいたします。又、治療に関する文献資料等ございましたら、併せて本紙と一緒に添付の上 ご返信下さいます様、お願い申し上げます。

1) 医薬品名 :		
2) 数 量 :		
3) 文献資料の有無 : ☐ に✓を入れて下さい	☐ 有 (別紙参照)	☐ 無
4) 治療方針・使用目的 :		

*上記の内容について精査願います。

【1】住所 〒	
【2】名称 :	
【3】TEL :	【4】FAX :
【5】スマートフォン : () お電話ご不在時、ショートメッセージを送らせていただきます。	
【6】メールアドレス :	

日時) _____年____月____日 代表者 (直筆) _____ (印)