

二俣川店

処方せん FAX 依頼書

スマイル薬局
Support Service



ss-smile.co.jp
処方せんFAXの
ご利用手順を
ご覧になれます

1. 連絡を差し上げる場合がございますので、必ずご記入下さい。

| | |
|-------|-------------------------------|
| お名前 | |
| ご住所 | ※建物・マンション名などございましたら正確にご記入下さい。 |
| 携帯電話 | ※平日昼間に連絡のつく電話番号をご記入下さい。 |
| F A X | |

2. ご希望の受取時間帯をご記入下さい。

| | |
|---|---|
| 月 | 日 |
|---|---|

| | | | | | |
|-----------------------|-----|-----------------------|---------|-----------------------|-------|
| <input type="radio"/> | 午前中 | <input type="radio"/> | 13時～16時 | <input type="radio"/> | 16時以降 |
|-----------------------|-----|-----------------------|---------|-----------------------|-------|

3. この用紙と**処方せん**を一緒にFAXして下さい

裏返し送信にご注意くださいませ

2枚合わせてご送信くださいませ

二俣川店
045-365-2885

備考:

ご記入ありがとうございます。
来店の際は、**処方せんの原本**を
お忘れなくお持ち下さいませ。