

時間外電話相談窓口 報告書

令和 年 月 日 曜日	対応者氏名
対応時間 時 分	所属（店舗名）
該当するものに○をつけて下さい 電話対応 ・ 医薬品供給 ・ 対応なし	
相談者氏名・年齢・性別 (聞き出せる範囲で)	
相談者住所（電話相談だけの場合は未記入でも可） 電話番号	
相談内容	
対応内容	
その他	

記入後、翌日中までに、所属の市薬剤師会事務所までFAXをお願い致します