

太田市薬剤師会 会営薬局 無菌調剤室 利用予約申込書

(申込日) 令和 年 月 日

太田市薬剤師会長 様

申込 責任 者	薬局名		
	住所	〒	
		TEL	()
	FAX	()	
	申込責任者	印	

利用 者	利用者名 (受講者No.)	印
	利用者区分	太田市薬剤師会 会員 ・ 非会員

		決定欄
利用 時間	第一希望 令和 年 月 日 時 分～ 時 分	
	第二希望 令和 年 月 日 時 分～ 時 分	

物品使用希望	数 量	物品使用希望	数 量
シリンジ 10ml (ロック) 針なし	枚	テルモ注射針 18G (1.20×38mm)	本
シリンジ 20ml (ロック) 針なし	枚	テルモ注射針 23G (0.60×25mm)	本
シリンジ 50ml (ロック) 針なし	枚	テルフェージョソフア付ルフィルター PS	個
シリンジ 100ml (ロック) 針なし	枚	セット価格 (ガウン・キャップ・手袋 2枚・マスク各 1	セット

注意事項

- *本申込書は、必要事項を記入の上、FAXにて予め申込を行い、利用時に持参する。
- *1回の利用につき1枚の申込書を作成する。
- *その他、ご不明な点は、ご連絡ください。

(太田市薬剤師会 会営薬局 Tel0276-47-33)

FAX送信先 太田市薬剤師会 会営薬局 0276-47-3367