

お願い

処方せんの有効期限はその
発行日から4日以内です。

ここに記載されて
いる交付年月日が
発行日となります。



処方せん
(この処方せんは、この保険薬局でも有効です。)

処方せん番号	保険番号
処方せん受付 番号	処方せん・薬剤 受付番号
氏名	薬剤師 氏名
性別	薬剤師 資格番号
年齢	薬剤師 所属薬局
住所	処方せん 交付年月日
交付年月日	平成 年 月 日