

総合病院 水戸協同病院 薬剤部 宛 (FAX : 029-224-8884)

院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコルを申し込みますので  
書類の送付をお願いします。

保険薬局名 : \_\_\_\_\_

郵便番号〒 : \_\_\_\_\_

住所 : \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

FAX 番号 : \_\_\_\_\_

代表者 : \_\_\_\_\_

【お申し込み後の流れ】

水戸協同病院薬剤部からプロトコルと合意書（甲・乙）が FAX で届  
きます。プロトコルの内容を確認しご承諾いただいた場合は、合意  
書（甲・乙）2 枚にご記入いただき （2 枚とも）下記宛に水戸協同病  
院薬剤部までご郵送ください。

〒310-0015 水戸市宮町 3 丁目 2-7

総合病院 水戸協同病院薬剤部 宛