**ユーザ確認依頼書**

薬局機能情報制度に基づき、医療機関等情報支援システム（G-MIS）で報告を行うため、ユーザ名の確認を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼日 | 　令和　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 薬局情報 |
| 所在地 |  |
| 薬局の名称 |  |
| 開設者氏名（法人にあっては法人名称及び代表者氏名） |  |

|  |
| --- |
| 連絡先情報 |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |
| --- |
| 返送方法　　　ユーザ名の受取方法で希望するものにチェック |
| □　メール |
| □　FAX |

下表は薬務衛生課で記入しますので、空欄のまま提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認日 | 　令和　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 薬局 |
| 所在地 |  |
| 薬局の名称 |  |
| ユーザ名 |  |