

(株)サンアイエム企画 アイケイ薬局 無菌調剤室 利用予約申込書

(申込日)平成 年 月 日

アイケイ薬局 薬局長 山本 圭 宛

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		印
	利用者区分	高崎市薬剤師会	会員 ・ 非会員
	登録ナンバー	No.	

								決定欄		
希望利用時間	第一希望	平成	年	月	日	時	分～	時	分	
	第二希望	平成	年	月	日	時	分～	時	分	
	第三希望	平成	年	月	日	時	分～	時	分	

物品使用希望	数量	物品使用希望	数量
手袋(ラテックス)6.5or7.0	6.5 双 7.0 双	シリンジ(ロック 20mL)	筒
キャップ		注射針(18G)	本
不織布マスク		フィルター(0.45um)	個
ガウン		連結管(テルフュージョン)	個
シューズカバー		輸液パック保存外袋	枚

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、利用時に原本を持参してください。
- \* 1回の利用につき1枚の申込書で申し込んでください。
- \* 当日持参品: 処方箋(コピー可)、無菌調剤する医薬品、本用紙、無菌調剤記録簿、清潔な白衣など

(株)サンアイエム企画 アイケイ薬局

TEL 027-352-4400

FAX 027-353-2727