

様式第 5

調剤業務一部委託事業半期報告書

(あて先) 一宮市保健所長

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

薬局の名称		
薬局の所在地		
確認番号	一宮保予第	号
公表年月日	年 月	日

1 事業における受委託の件数

(1) 受託件数

委託薬局の名称	委託薬局に返送	患者宅等に直送

(2) 委託件数

受託薬局の名称	委託薬局に返送	患者宅等に直送

注 1 件数は、委託薬局から受託薬局に一包化の委託連絡が完了した件数とすること。

注 2 行が不足する場合、追加すること。

2 対象業務に起因する調剤された薬剤の副作用その他の事由によるものと疑われる症状の発現状況

一包化した各薬剤の名称	副作用その他の事由によるものと疑われる症状の発現状況	対応内容

注 行が不足する場合は追加すること。

3 その他事業の実施状況に関する事項

--