休日開局報告書

**別紙２**

薬局名：

所在地：〒

開局時間中の連絡先電話番号：

事務作業軽減のためグーグルフォームからの回答にご協力ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **年 月 日** | **開局時間** | **備　考** |
| **【記載例】****令和6年4月29日(月・祝)** | **9:00～19:00** | **19:00以降は電話対応** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※　休日に医師から処方箋が発行された場合など、緊急性の高い処方箋調剤に対応することができる（開局している）薬局として公表されます。

※　前月20日までにご報告ください。

※　地域の輪番制に参加している薬局とは表示方法が異なります。

**報告先ＦＡＸ．０２４－５４９－２２０９**