

年 月 日

日立病院 御中

(FAX : 0833-41-1354)

後発医薬品へ変更しましたので報告します。

住 所 :

薬局名 :

TEL :

FAX :

処 方 日	
患者氏名	
生年月日	
処 方 医	

【変更内容】

処方医薬品名	変更医薬品名 (製薬会社名)
備考	