

「お薬 BOX」購入申込書

購入希望の薬局は下記に記入の上、事前に久留米三井薬剤師会に
FAX(0942-36-7791)し、受け取りに来ていただくよう宜しくお願いいたします。

薬 局 名	
ご担当者	
ご注文数	箱
購入金額 (270 円/箱:消費税込)	_____ 円
受け取り希望日時	月 日 時頃

* 組み立ての説明書は、
久留米三井薬剤師会の HP(会員向け：要パスワード)からダウンロードできます。

お薬 BOX 申込先
(一社)久留米三井薬剤師会
FAX 番号 0942-36-7791