別添1

**困りごと相談シート**

**出水郡薬剤師会事務局　宛**

**令和　　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| ○　相談者氏名 |  |
| ○　事業所等名称 |  |
| * 連絡先
 | 　[ ] 　Tel：　[ ] 　Fax：　[ ] 　Email：事務局からの連絡方法に☑を入れて、ご記入ください。 |
| ○　返答期限 | 　[ ] 　3日以内　　[ ] 　1~2週間程度　 |
| ○　ご相談内容 | 対応する地域を選択してください。　[ ] 　出水　　[ ] 　高尾野　　[ ] 　野田　　[ ] 　阿久根　　[ ] 　長島 |

**薬に関することはもちろん、それ以外のことでも何でもご相談下さい出水郡薬剤師会事務局FAX：0996-82-4690**

 **TEL：0996-82-4683**

**メールアドレス：izumiyaku@po3.synapse.ne.jp**