

*14 薬剤師の証明				(職員氏名)			
処方せんを交付した診療機関の		名 称					
		所 在 地					
担 当 医 氏 名		1.		3.			
		2.		4.			
調 剤 期 間		年 月 日から		年 月 日まで		日間 調剤実日数 日	
医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数	
			医 薬 品 名 ・ 規 格 ・ 用 量 ・ 剤 型 ・ 用 法			単 位 薬剤料	薬剤調整料 調剤管理料
	.	.			点	点	点
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
	.	.					
処方せん受付回数		回			摘要		
調剤基本料（点）		時間外加算等（点）		指導料（点）		合計点数	
						点	
						合計金額	
						円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 薬局の { 名 称 所 在 地 薬剤師の氏名							