

ENIファーマシー かかりつけ薬局カード注文書

記入日 平成 年 月 日

★二重枠内の該当項目に○を付け、ご注文枚数をご記入下さい。

<p>①ご注文区分</p> <p>1:新規 2:追加</p> <p>変更希望（追加の場合のみ○をつけて下さい。）</p> <p>1:有り(変更欄をご記入下さい) 2:無し(カードのコピー添付可)</p>	<p>②ご注文カード種別・枚数</p> <p>A:白(無地)カード B:デザインカード</p> <p style="text-align: right;">枚 (50枚単位)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※薬剤師会名		薬剤師会
---------------	--	------

①※の項目につきましては正確にご記入ください。過去に作成履歴がある場合でも、注文書への記載内容が優先されますのでご注意ください。なお、追加注文で記載内容に変更がない場合はカードのコピーを添付して頂いても結構です。

②薬局名や住所にスペースを設ける場合は半角で対応いたします。

※通称カナ名 (12文字以内)	
---------------------------	--

※薬局名 (全角13文字、半角26文字以内)	
----------------------------------	--

※電話番号 <small>市外局番からご記入下さい。</small>	※FAX番号 <small>市外局番からご記入下さい。</small>
-------------------------------------------	--------------------------------------------

※責任者名		様	<small>←必ずご捺印下さい。</small>
--------------	--	---	---------------------------

※住所 (全角18文字、半角36文字以内)	
---------------------------------	--

変更欄(該当する項目に○をつけて下さい)	<input type="checkbox"/> ①薬局名 <input type="checkbox"/> ②電話番号 <input type="checkbox"/> ③FAX番号 <input type="checkbox"/> ④住所
----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

備考	
-----------	--

既存カードのコピー添付枠

追加注文で変更点がない場合は既存カードのコピーを添付して頂いても結構です

◀ 営業担当者記入欄 ▶

営業所名:

担当者名:

* 薬局カードの伝票と発送先の営業所が異なる場合は () 内に記入。納期はCS受付より3週間以内です。

営業所	
	NO. _____

◀ 個人情報保護について ▶

I. 個人の情報を頂く場合は下記の利用目的で使用させて頂きます。

① ENIファーマシーに登録しシステム運用を確保するため

② ENIファーマシー使用に伴う連絡のため

II. ご提供頂いた個人情報は上記の利用目的以外には使用致しません。

*** 薬局カードのご注文はご捺印がない場合は、作成に着手致しません。**

	CS本部記入		
出荷日	検品済C	内容C	リスト記入C