退去情報提供書　　　　　　　　　****

施設名

以下の内容を記載後、担当薬局迄FAXお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご利用者様氏名 | 退去先 | 退去日時 | メモ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |