

ジェネリック医薬品 希望カード

私はジェネリック医薬品を
希望します。



氏名 _____

医師・薬剤師の皆様へ

- ◆ジェネリック医薬品の処方が可能であれば、変更をお願いします。
- ◆ジェネリック医薬品に関するご説明をお願いします。

下野市

↑
□ 枠を切り取って、
ご利用ください。

↑
切り取った部分の中央で折り曲げ、
保険証と一緒に保管してください。