

* 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						
担当医名		1.	2.		3.		4.	
調剤期間		平成 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		調剤料	薬剤料	加算料
	.	.			点	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		
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">薬局の</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> { <div style="text-align: left;"> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>薬剤師の氏名</p> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> </div>								