

FAX送信先: 03-4243-2686

電子薬歴システム



## アポイント申込書

この度は、電子薬歴システム『Hi-story』のアポイントのお申込み頂きまして誠にありがとうございます。下記の内容を全てご記入の上、FAXでお送りください。

ご紹介者名	ホッペ株式会社
フリガナ	
薬局名	
薬局ご担当者名	
薬局所在地	〒
薬局電話番号	
来局希望日時 ※希望曜日・時間	

ご記入頂きまして誠にありがとうございました。