別紙３

# ラゲブリオ対応薬局リスト

※項目全て記入してください。

都道府県番号：　0　　更新日：yyyy/mm/dd
都道府県：●●都道府県
担当部署：●●課
担当者(姓名）：
連絡先：000-0000-0000　　E-mailアドレス：

別紙２

| No | 都道府県番号 | 都道府県 | 薬局名 | 郵便番号 | 薬局所在地（市区町村以降） | 電話番号 | FAX番号 | メール | 開局日及び時間 | 時間外・緊急時の電話番号 | 供給の役割を担う薬局である場合は「○」を記載 | 保険薬局コード（10桁） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |