【別紙２】

山梨県薬剤師会事務局　御中

（E－mail：houkoku@ypa.or.jp）

令和　　年　　月　　日

**薬局における自宅療養等の患者に対する**

**薬剤交付事業振込口座届**

薬局名

記入者名

電話番号

＜振込み指定金融機関＞

 名称

 支店

口座　　　普通　・　当座　（○で囲んでください）

　　　口座番号

　　　名義人

※【別紙１】電話等による服薬指導等及び配送等の実施状況の一覧の初回提出時に併せてご提出をお願いいたします。