

第3号様式

_____保健センター所長あて

薬局における服薬支援事業申込書

- ・私は、薬局における服薬支援を希望します。
- ・薬局、病院（診療所）、保健センターが、私の結核に関する情報を共有することを同意します。

年 月 日

氏名 _____