別紙３

パキロビッド対応薬局リスト

※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）