

## かかりつけ薬局カードのご案内



商品名 : えにちゃんの薬局カード  
販売単位 : 50 枚単位  
納品予定 : 申込受付から納品まで約 4 週間かかります  
販売価格 : お問い合わせ下さい TEL 078-963-2002

かかりつけ薬局として患者様の固定化に繋がります  
固定化することで備蓄医薬品の適正化が図れます  
このカードは ENIFAX 導入医療機関全てでご利用いただけます  
磁気テープ内には、薬局様の名称・FAX 番号のみ 患者様の個人情報が入っていません  
丈夫なプラスチック製で耐久性に優れています

### 【 申込方法 】

『EniFaxかかりつけ薬局カード申込書』の薬局様ご記入欄に記入のうえ、申込書上部の FAX 番号まで FAX して下さい。受付完了後、返信 FAX を送らせていただきます。

### 合同東邦営業エリアの薬局様

大阪府・奈良県・兵庫県(阪神間～明石営業所エリア)

合同東邦営業エリア用申込用紙をご利用下さい

弊社地区担当 MS が納品致します

### 合同東邦営業エリア外の薬局様

上記エリア以外の薬局様

合同東邦営業エリア外用申込用紙をご利用下さい 下記事項もご確認下さい

宅配便着払いでの発送となります 代金は銀行振込となります

送料及び振り込み手数料は、誠に申し訳ございませんが貴薬局様のご負担となります。

薬局カード代金のお振込み確認ができ次第の発送となりますので宜しくお願い致します。

カード代金振込先 振込銀行口座 : 三菱東京 UFJ 銀行 東大阪支店

口座番号 : 普通 1342739

口座名義人 : 合同東邦(株)

営業エリア その他ご不明な点は下記にお問い合わせ下さい

合同東邦株式会社 ENIFAX 明石データ管理センター 078-963-2002

# EniFax かかりつけ薬局カード 申込書

下記に必要事項をご記入の上、下記まで FAX にてお申込みください。

合同東邦(株) EniFax 明石データ管理センター

FAX 番号 **078-961-2153** 迄

受付後当社より FAX にて受付返信いたします。

ご不明な点がありましたら、 **078-963-2002** までお問い合わせ下さい

### 【 ご注意 】

### 申込書は必ず薬局様でご記入ください

(特に FAX 番号の記入ミスは誤送信に繋がります)

商品名 : えにちゃんの薬局カード 50枚単位

販売価格 : お問い合わせ下さい TEL 078-963-2002

納品予定 : 申込みを受付けてから納品まで約 4 週間掛かります

当社受付印

## 薬局様ご記入欄

ご記入日 平成 年 月 日

該当するものに を付けてください

カードの申込は、 1. 新規 2. 追加(変更あり) 3. 追加(変更なし)

必ず全ての項目にご記入ください

漢字・ひらがなは2マス(全角)で記入・数字は基本的に1マス(半角)で記入お願いします。

薬局名 全角13マス以内	
-----------------	--

通称 加付	
----------	--

郵便番号	-
------	---

漢字・ひらがなは2マス(全角)で記入・数字は基本的に1マス(半角)で記入お願いします。

住所 全角18マス以内	
----------------	--

電話番号 市外局番から	- -
----------------	-----

希望枚数 (50枚単位)
枚

備考欄

FAX 番号 市外局番から	- -
------------------	-----

ご確認の上、ご署名・ご捺印頂きますよう宜しくお願い申し上げます

責任者名	
------	--

どちらかに

当社記入欄

必ず記入後に持参

取引 有 無	担当営業所	(営)	担当者	印
--------	-------	-----	-----	---

# EniFax かかりつけ薬局カード（営業エリア外）申込書

下記に必要事項をご記入の上、下記まで FAX にてお申込みください。

合同東邦(株) EniFax 明石データ管理センター  
 FAX 番号 **078-961-2153** 迄  
 受付後当社より FAX にて受付返信いたします。  
 ご不明な点がございましたら、 **078-963-2002** までお問い合わせ下さい

### 【 ご注意 】

**申込書は必ず薬局様でご記入ください**

(特に FAX 番号の記入ミスは誤送信に繋がります)

当社受付印

商品名：えにちゃんの薬局カード 50枚単位

販売価格：お問い合わせ下さい TEL 078-963-2002

納品予定：申込みを受付けてから納品まで約 4 週間掛かります

**送料（着払い）及び振込手数料は薬局様負担となります**

## 薬局様ご記入欄

ご記入日 平成 年 月

該当するものに を付けてください

カードの申込は、 1. 新規 2. 追加（変更あり） 3. 追加（変更なし）

必ず全ての項目にご記入ください

漢字・ひらがなは 2 マス(全角)で記入・数字は基本的に 1 マス(半角)で記入お願いします。

薬局名 全角 13 マス以内	
-------------------	--

通称 加付	
----------	--

郵便番号	-
------	---

漢字・ひらがなは 2 マス(全角)で記入・数字は基本的に 1 マス(半角)で記入お願いします。

住所 全角 18 マス以内	
------------------	--

電話番号 市外局番から	- -
----------------	-----

希望枚数 (50枚単位)	
-----------------	--

備考欄
-----

FAX 番号 市外局番から	- -
------------------	-----

ご確認の上、ご署名・ご捺印頂きますよう宜しくお願い申し上げます

責任者名	
------	--

枚	
---	--

--

下記は薬局カード代金振込確認の際必要になります。必ずご記入ください。

薬局様の振込金融機関	薬局様の口座名義
銀行 信用金庫	支店