別添

ラゲブリオ対応薬局リスト

※項目全て記入してください。それ以外の記入は控えていただきますようお願いします。
※エクセルのサイズやフォント等の設定は変えないでください。
※原則公開となっております（代表薬剤師名およびメールアドレス以外）ので、項目の着色はしないでください。

都道府県番号、都道府県：　　0 更新日：yyyy/mm/dd
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）