

申請日：令和 年 月 日

## 薬薬連携参加希望書

青森県立中央病院薬剤部と Dr.JOY システムを介した薬薬連携を希望します。  
以下の希望者を薬薬連携機能へ参加させたいので青森県立中央病院薬剤部にてメンバー設定を行ってください。  
なお、薬局側での薬薬連携の権限設定は完了済です。

### Dr.JOY システム 薬連携機能参加希望者

	所属	氏名	ログイン ID (メールアドレス)
記載例	連携薬局	青 森三	×××@××.co.jp
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			

申込者：\_\_\_\_\_

連絡先：(メール)\_\_\_\_\_

問い合わせ先：(電話)\_\_\_\_\_