

合意撤回届

保険薬局名称	
管理薬剤師氏名	
電話番号	
合意撤回	合意書の撤回をお願いします。
合意撤回理由	

合意撤回届は国立病院機構宮崎病院薬剤科宛て郵送してください。(封筒の表書きに「合意撤回届在中」とお書きください)

<送付先> 国立病院機構宮崎病院薬剤科

<住所> 〒889-1301 宮崎県児湯郡川南町大字川南19403の4

合意撤回届受理後、確認のため電話連絡をしますので電話番号は必ずお書きください。

ご不明な点がございましたら当院薬剤科までお尋ねください。

<電話番号> 0983-27-1036(代表)