

医薬品購入希望の歯科医院様へ

この度は、ご注文をいただきまして、誠に有難うございます。
医薬品の販売につきましては、販売先が医療機関であることを確認する必要があります。
お手数をかけ誠に申し訳ございませんが、初回時のみ、次のいずれかの書類のコピーを
FAXまたは郵送にてご提出して頂きますようお願い致します。
また、書類等お送りできないお客様は、下記医療機関コード記載表に必要事項を記入し、
FAXにて返信ください。当社にて確認後対応させていただきます。

※ 提出書類（いずれか1通）
・ 保険医療機関指定通知書
・ 診療所開設届
・ 診療所開設届出済証
（開設者、施設の名称、住所が確認できるもの）

<医薬品のお届け先及びご注文について>

- ◆ 医薬品を事務所、個人宅など医療施設以外に発送することはできません。
- ◆ 今回のご注文については、上記書類を確認しお客様の医薬品購入登録が完了後のご注文受付とさせていただきますのでご了承ください。

◎ FAXは24時間受付です。（通話料無料）

FAX : 0120-25-2440

◎ 郵送をご希望の場合は下記住所までお送りください。

〒589-0011

大阪府大阪狭山市半田2丁目314番地1

(株)P&A デンタル事業部 宛

- 当社は、個人情報保護法および関連するその他の法令・規範を厳守し、お届け頂いた情報は社内にて厳重に管理いたします。

返信先FAX : 0120-25-2440

(株)P&A デンタル事業部 行

医療機関コード記載表							
医療機関コード(7桁)							
医療機関名称				開設者名			
医療機関所在地							
電話番号				FAX番号			