

ジェネリック医薬品

お願いカード



私はジェネリック医薬品の
処方を希望します。



日本私立学校振興・共済事業団

医師・薬剤師の皆様へ

- 変更が可能であればジェネリック医薬品への処方をお願いします。
- ジェネリック医薬品が処方できない、ふさわしくない場合があることも承知しています。

氏
名

※この画面を印刷して、カードの外枠を切り取り、真ん中を二つ折りにしてお使いください。