〈様式２〉

平成　　年　 月　 日

包括的合意に基づく保険者間調整に係る処理については調剤報酬請求権の代理権の付与及び行使等の委任を行いません。

　住　　　所　　　：

保険薬局名　　　：

保険薬局コード　：

開設者名　　　　： 　　　　　　　　　　　　　 　 印

以　上