**（添付書類５　記載例）**

**○○薬局　相談連絡先**

|  |
| --- |
| お薬やご自身の健康に関するご相談があれば、下記の連絡先にいつでもご相談ください。 |

【連絡先】

○○薬局　ＴＥＬ：011-000-0000

担当薬剤師　○○　○○　または　○○　○○

「２４時間対応いたします。」

※開店時間：月～金　9：00～18：00、土　9：00～13：00

（開局時間外は、電話転送されます。）

～当薬局では、以下の薬局と連携しております～

【連携薬局の連絡先】

○○薬局　（札幌市中央区○○○）

　ＴＥＬ：011-000-0000

　地　図：