

医師・薬剤師の皆様へ
ジェネリック医薬品の処方をお願いします

- ジェネリック医薬品に関するご説明をお願いします。
- ジェネリック医薬品の処方が可能であれば、お願いします。

氏名

システナ健康保険組合

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



システナ聖隷健康保険組合