

(一社) 愛知県病院薬剤師会  
会員施設 各位

(一社) 愛知県病院薬剤師会 調査委員会  
委員長 山田 浩一

## 調査事項のご依頼について

平成 29 年度の「薬剤業務一般に関するアンケート」を送付させていただきますので、下記の要領で  
ご回答いただけますようお願い申し上げます。

各施設の担当者の皆様には可能な限りメールでのご回答にご協力をお願い申し上げます。なお「薬  
剤業務一般に関するアンケート」および回答用紙に関しましては、愛知県病院薬剤師会ホームページ  
からもダウンロードいただけます。

### 記

1. 内容： ①ご依頼文書（本紙面）1 枚  
②平成 29 年度「薬剤業務一般に関するアンケート」6 ページ  
③平成 29 年度 アンケート報告書（FAX 送信用）2 枚
2. 回答期限： 平成 29 年 10 月 31 日(火)  
※平成 29 年 10 月 1 日 現在の状況をご回答ください。
3. 回答方法： ① **e-mail 送付の場合**  
各地区支部長からのメールに添付されたファイルまたは、愛病薬ホームページより  
ダウンロードにて入手されたエクセルファイルに入力後、下記アドレスに添付して  
送付下さい。  
e-mail： ksi8931@zm.commufa.jp  
  
② **FAX 送付の場合（メールが使用出来ない施設）**  
同封または添付のアンケート報告書に、ご記入後 FAX (052) 704-7353
4. 問合せ先： 名古屋市立厚生院附属病院 薬剤科 山田浩一  
TEL： (052) 704-7350  
e-mail： ksi8931@zm.commufa.jp
5. アンケートの結果は、後日、愛病薬雑誌等に投稿させていただく予定です。

以上