日付

東京北医療センター

薬剤室

池田　敦　宛

御社名

ご担当者名

薬品名

説明会orヒアリングQ&A

Ｑ：

Ａ：

Ｑ：

Ａ：

Ｑ：

Ａ：

Ｑ：

Ａ：

以上