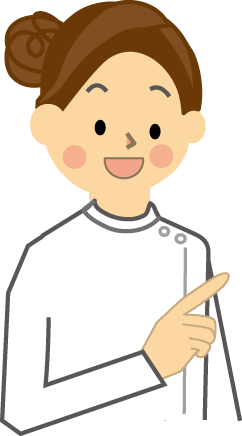
相　談　連　絡　先

****

**お薬や自身の健康に関する相談にいつでもお答えいたします。**

**当薬局でお渡ししたお薬の事で何かお困りのことがありましたら**

**お気軽に以下の連絡先までご連絡ください。**

〒

東京都大田区

ＴＥＬ

ＦＡＸ

担当薬剤師

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 0：00～0：00 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 |
| 0：00～0：00 |  |  |  | × |  |  | × |

営業時間外連絡先

ＴＥＬ