**◈ 개별 요양기관 방문 제품설명회 (양식) ◈**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①연번 | ②제품명(표준코드명칭) | 요양기관 정보 | 의료인 정보 | ⑥지원금액(식음료) | ⑦장소 | ⑧일시 |
| ③기관명칭 | ④요양기관기호 | ⑤성명 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

■ 약사법 시행규칙 [별지 제23호의3서식]



**◈ 복수 요양기관 대상 제품설명회 (양식) ◈**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①연번 | ②제품명(표준코드명칭) | 의료인 정보 | 지원금액 | ⑨장소 | ⑩일시 |
| ③성명 | ④소속 | ⑤교통비 | ⑥기념품비 | ⑦숙박비 | ⑧식음료비 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

■ 약사법 시행규칙 [별지 제23호의3서식]



**◈ 대금결제 조건에 따른 비용할인 양식 ◈**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①연번 | 요양기관 정보 | 계약 정보 |
| ②기관명칭 | ③요양기관기호 | ④거래일자 | ⑤결제일자 | ⑥할인율 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

■ 약사법 시행규칙 [별지 제23호의3서식]

