

令和7年1月6日

保険薬局会員 殿

公益社団法人茨城県薬剤師会

次回調剤報酬改定に向けたご意見募集について

平素は本会会務にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記について日本薬剤師会より各都道府県薬剤師会の意見を求められておりますので、広く保険薬局各位のご意見ご要望を取り入れて回答したいと思います。

つきましては、ご多用のところ恐縮ですが、調剤報酬等に関してご意見ご要望がございましたら、お寄せくださるようお願いいたします。

勤務先名			
記入者氏名		電話	

点数や加算 その他事項等	
現状の問題点 具体的事例等	(できるだけ具体的かつ簡潔にご記入ください)
具体的な 対応策等	(できるだけ具体的かつ簡潔にご記入ください)
その他	

回答期限：令和7年1月31日（金）

回答方法：以下のいずれかでご回答ください。

- ・WEBの場合 県薬ホームページのお知らせに設けるフォームへの入力
- ・FAXの場合 本書に記載のうえ送信（FAX番号029-306-8040）