

医師・薬剤師の皆様へ



ジェネリック医薬品でお願いいたします。

私は、ジェネリック医薬品を処方することができな
い、あるいはふさわしくない場合があることは十分
理解しています。

発行：桐生市

ジェネリック医薬品 希望カード



私はジェネリック医薬品を
希望します。

※切り取ってお使いください。